

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD -OUEST

Année 1976

N° 315

LA FOLIE MALADE DE LA FOLIE

(REALITES D'UNE EXPERIENCE DE MIXITE DE MALADES

"PSY" ET NON "PSY"

DANS UN SERVICE DE CARDIOLOGIE DU C.H.U.

DE SAINT-ETIENNE .)

THESE

présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon -

et soutenue publiquement le 13 Juillet 1976

par

MASSARDIER Alain

né le 22 Février 1947

à Saint-Etienne

29

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD -OUEST

Année 1976

N° 315

LA FOLIE MALADE DE LA FOLIE

(REALITES D'UNE EXPERIENCE DE MIXITE DE MALADES

"PSY" ET NON "PSY"

DANS UN SERVICE DE CARDIOLOGIE DU C.H. U.

DE SAINT-ETIENNE .)

THESE

présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon -

et soutenue publiquement le 13 Juillet 1976

par

MASSARDIER Alain

né le 22 Février 1947

à Saint-Etienne



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président : M. le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : M. le Professeur EL BAZ

Deuxième Vice-Président : M. P. PONCET, Maître-Assistant

Troisième Vice-Président : M. M.H. BONNET, étudiant

Secrétaire Général de l'Université : M. J. RAMBAUD, Administrateur Civil

Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R.)

U.E.R. de Médecine GRANGE-BLANCHE : M. le Docteur B. SALLE, Maître de Conférences

U.E.R. de Médecine ALEXIS-CARREL : M. le Professeur C. GIROD

U.E.R. de Médecine LYON-NORD : M. le Professeur J.P. GARIN

U.E.R. de Médecine SUD-OUEST : M. le Professeur J.M. ROBERT

U.E.R. des Sciences Pharmaceutiques : M. le Professeur L. ODDOUX

U.E.R. des Techniques de Réadaptation : M. A. MORGON, Maître de Conférences

U.E.R. de Biologie Humaine : M. le Professeur J.C. CZYBA

U.E.R. D'Education Physique et Sportive : M. A. MILLON, Professeur d'E.P.S.

U.E.R. des Sciences Odontologiques : M. le Docteur R. VINCENT

U.E.R. de Mathématiques : M. le Professeur H. BUCHWALTER

U.E.R. de Physique : M. le Professeur R. UZAN

U.E.R. de Chimie et Biochimie : M. le Professeur J. HUET

U.E.R. des Sciences de la Nature : M. le Professeur J. BRUN

U.E.R. des Sciences Physiologiques : M. R. FONTANGES, Maître de Conférences

U.E.R. de Physique Nucléaire : M. le Professeur A. SARAZIN

U.E.R. de Mécanique : M. le Professeur J. MATHIEU

Observatoire de Lyon : M. le Professeur J.H. BIGAY

I.U.T. 1 : M. le Professeur B. POUYET

I.U.T. 2 : M. J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

PROFESSEURS TITULAIRES

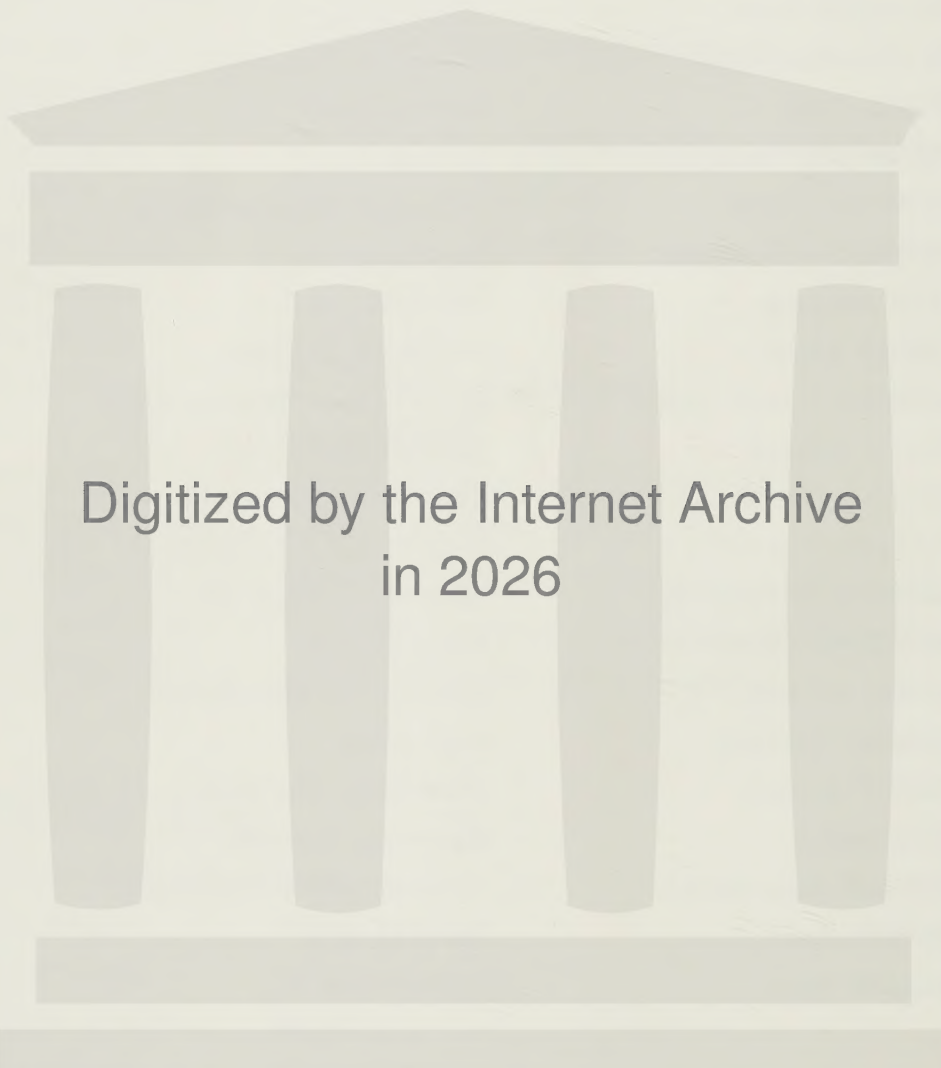
Mrs BRUN Jacques	Clinique Pneumo-Phtisiologique
COLOMB Daniel	Dermatologie
GIRARD Paul	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène mentale
GUILLEMIN Georges	Clinique Chirurgicale
LATARJET Michel	Clinique Chirurgicale
MAYER Marcel	Cancérologie
NORMAND Jean	Cardiologie
NOTTER Armand	Gynécologie Obstétrique
PINET Edouard	Radiologie
PLAUCHU Marcel	Endocrinologie et Médecine Interne
ROBERT Jacques	Chaire de Génétique Médicale
TOLOT François	Médecine Interne - Médecine du Travail
VACHON Alphonse	Clinique Médicale - Maladies de l'Appareil digestif
VINCENT Daniel	Chaire de Biochimie appliquée.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

BRAILLON Georges	Anatomie
GILLY Robert	Pédiatrie
LAPRAS Claude	Neuro-chirurgie
LOUISOT Pierre	Biochimie
MORET Robert	Biophysique
PERRIN FAYOLLE Max	Pneumo-Phtisiologie
SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - Informatique
VIALLIER-RAYNARD Jean	Bactériologie - Virologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mrs ARCHIMBAUD Jean-Pierre	Urologie
BERARD Philippe	Chirurgie Générale
BERTRAND Jean-Louis	Maladies Infectieuses
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
Mrs BOUVIER Maurice	Rhumatologie
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DE VILLARD Régis	Neuro-Psychiatrie
DUBOIS Paul	Histologie
HAGUENAUER Jean-Paul	O.R.L.
JEANNEROD Marc	Médecine Expérimentale
JOUEANCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LEVRAT Roger	Médecine Interne
LOMBARD PLATET Roger	Séméiologie Chirurgicale
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie Infantile
PALIARD Pierre	Séméiologie Médicale
REBOUILLAT Jacques	Chirurgie Générale
REVILLARD Jean-Pierre	Néphrologie
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
TERMET Hubert	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
TETE Roger	Médecine Interne
THOULON Jean-Marie	Gynécologie Obstétrique
TOUBOUL Paul	Cardiologie
TRILLET Marc	Neurologie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Monsieur le Professeur GUYOTAT

Il a bien voulu accepter la Présidence de notre Jury et nous lui exprimons toute notre gratitude.

En tant que responsable du Laboratoire de Psychologie Médicale de LYON situé au coeur d'un complexe hospitalier neuro-cardiologique moderne, il a toujours encouragé la pratique de la psychiatrie à l'Hôpital Général. Son expérience en ce domaine nous a été précieuse et riche d'enseignement.

Monsieur le Professeur TOLOT

Il nous a accueilli dans son Service pendant un semestre d'externat au cours duquel nous avons apprécié la qualité de son jugement et l'intérêt porté à une médecine dépassant le cadre de la technique. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé VEDRINNE

Son travail au sein de l'Hôpital Edouard Herriot s'inscrit dans la ligne de notre recherche. Nous avons bénéficié de la richesse de son enseignement et nous le remercions de participer à notre Jury.

Monsieur le Professeur Agrégé J. PELLET

Nous avons eu la chance d'exercer la fonction d'Interne pendant deux semestres consécutifs dans son Service et depuis nous n'avons cessé de travailler, au moins en partie, à ses côtés.

A l'initiative de cette expérience, il a su m'en confier en partie la responsabilité, tout en conservant un rôle de référent de première importance. Une compréhension à demi-mot devait rapidement faciliter nos échanges professionnels où, sa culture diversifiée, son esprit ouvert et vif, son sens de l'humour, sa compétence en psychiatrie et en psychanalyse, ses qualités humaines riches de finesse et de subtilité, ont tôt fait de déborder le cadre trop restreint d'un métier.

Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre amitié.

Monsieur le Professeur Agrégé H. VERNEYRE

Son savoir de Cardiologue n'a pas empiété sur le côté relationnel de sa pratique médicale et présenta, de fait, un terrain d'entente avec les psychiatres. Si sa place en tête de la hiérarchie du service l'a sans doute mis à distance de beaucoup d'échanges de vues spontanés dans le cadre de cette expérience, son rôle a été capital dans la mesure où, malgré ce manque, il a su trouver les mots qui confirmaient, comme des malades de son service à par entière, les malades psychiatriques dont nous avons la charge.

Nous le remercions de sa confiance et lui exprimons notre gratitude en regrettant que les circonstances ne lui aient pas permis de participer à notre Jury.

Aux Docteurs SAULNIER et DRAPIER
Aux INTERNES DU SERVICE DE CARDIOLOGIE
A TOUTES LES INFIRMIERES

qui ont su donner une unité au déroulement de cette expérience et dont la participation souvent spontanée a permis de déboucher sur un travail d'équipe, non sans un certain plaisir commun.

L'intégration du psychiatre tendrait à accréditer le fait que le cadre strict d'une "spécialité psychiatrique" peut être dépassé...

A MES PARENTS

Ils ont su me laisser assez tôt, faire l'expérience de la réalité. Ainsi, mon choix de participer, en partie pour des raisons d'ordre économique, à la construction de notre maison de campagne à un moment où j'aurais pu préparer l'Internat a été, je crois, particulièrement riche d'enseignement. Concrétiser une série d'initiatives personnelles, en assumer tous les détours, permet de surprendre le réel dans des implications parfois inattendues et faire ainsi le deuil de sa toute puissance " d'intellectuel " en gagnant en efficacité, ce qui ne devrait pas manquer de trouver un terrain d'élection dans ma pratique de médecin-psychiatre.

Qu'ils trouvent aujourd'hui l'expression de la reconnaissance et de l'affection de leur " grand gosse ".

A GENEVIEVE

Qui a supporté les soirées aigries par le manque d'inspiration lors de la rédaction de ce travail. Sa contribution de première lectrice a sans doute été précieuse pour la reprise de certains passages.

A MA FAMILLE, A TOUS MES AMIS

avec une attention toute particulière à Nicole qui a assumé le secrétariat de cette thèse.

" J'ai fui en me vendant corps et
âme à la Science, j'ai fui le
" JE " et le " NOUS " pour le
" IL " du " IL Y A " " .

Albert EINSTEIN

(Lettre à Herman BROCH)

" Il est toujours aisé d'être logique,
il est presque impossible d'être
logique jusqu'au bout " .

Albert CAMUS

(Le Mythe de Sisyphe)

" On ne peut pas se fuir "

Sigmund FREUD

(Psychanalyse et Médecine)

I - INTRODUCTION

" La Folie, malade de la Folie "

Cette formule renvoie à un système et c'est bien d'un système qu'il s'agit quand on aborde ce qui jusqu'alors a bien été "l'enclos de la Folie" :

- Système par rapport à celui qui la vit dans la société dont il est ou dont il a été membre (Cf. " Perceval Le Fou " ou Autobiographie d'un Schizophrène, PAYOT 1976),

- Système par rapport à la culture qui lui donne ses formes, ses expressions (Cf. " ETHNOPSYCHIATRIE ", H.F. ELLENBERGER (Montréal), EMC 1965),

- Système par rapport à la maladie au sens large et aux modes de traitements qu'il est possible de mettre en jeu pour la transformer sans la réduire à une aberration déraisonnable, mais en lui donnant un sens sur lequel s'appuyer dans le futur, même si ce sens en coûte par rapport à la normalité qui est souvent synonyme d'absence de questionnement quant au sens de la vie et de son mystère non réductible à une rationalisation de pure forme,

- Système par rapport à la loi qui vise la protection des

2

" sains d'esprit " en prononçant des jugements arbitraires qui mettent ceux qui ne sont plus appréciés comme tels en position de déviants. Il est d'ailleurs remarquable que la conséquence souvent immédiate de cet état de déviance assure de façon concomitante :

- la certitude absolue de la folie de l'autre à celui qui se débarrasse de la sienne propre, non sans un certain soulagement (même si celui-là n'est que partie remise et sous-entend une certaine périodicité des " holocaustes " pour entretenir le mirage de la " normalité " : ce concept tampon entre la sécurité et l'angoisse héritées des premiers moments de la vie et où le groupe vient se réchauffer),

- la maladie-folie-iatrogène de la part de celui qui subit l'assaut de ces projections violentes alors que son état réclame au minimum un entracte dans les scènes projectives où il a déjà été souvent un figurant forcé (Cf. définition du Petit Larousse où un figurant est un " personnage accessoire généralement muet ") à poser en regard du silence schizophrénique. Cet aspect de la maladie mentale mérite d'autant plus d'être souligné qu'il tend à pérenniser la folie, en recréant dans la structure de soin qui l'accueille, l'image en miroir de celle qui lui a donné naissance, le visa officiel de l'authenticité de la folie en sus ! (un des rôles classiques de l'aliéniste n'était-il pas d'expertiser " souverainement " les individus qu'une famille ou qu'une société amenait jusqu'à lui dans le sens d'une déclaration de normalité ou de folie ?...).

C'est de cette surenchère à la folie maladie initiale apparue en négatif dans notre expérience de sa mixité avec d'autres formes de maladies, qu'il convient à la psychiatrie de demain de se démarquer. Ce travail concrétise un espoir dans cette direction et son titre vise à symboliser un état que l'on voudrait faire appartenir au passé et où le malade mental est étroitement coincé entre deux géants, d'un côté son propre inconscient, renié comme inacceptable et qui n'en continue pas moins à imposer ses contradictions et de l'autre, l'inconscient collectif de la Société, mi-frère tribal, qui le montre

officiellement mais ironiquement du doigt dans ce qu'il se défend de pouvoir être et qu'il considère non moins comme inacceptable. Ce geste n'est d'ailleurs jamais fratricide jusqu'au bout et porte lui aussi ses contradictions. Pour exemples :

- l'espèce de délectation que les responsables d'auto-dafés montraient naïvement en décrivant tant et plus les " crimes " de leurs victimes sous l'Inquisition (Cf. M. FOUCAULT, Histoire de la Folie), (Cf. T. SZASZ, Fabriquer la Folie, PAYOT 1976).

- les termes mêmes de la loi de 1838 qui protège à la fois l'aliéné et la société avec les résultats que l'on sait à ce double jeu,

- l'intensité narrative de l'écrivain Rudyard KIPLING (1865-1936) qui campe en une réplique tout ce dont des siècles de traitements de la folie n'ont pas réussi à dégager : " Je ne vois pas de raison que nous hospitalisons des aliénés " dit le colonel, " Appelez la garde et qu'on le mette en cellule, nous examinerons l'affaire demain matin. Donnez-lui un verre de scherry pourtant ! " (Conte de Terre et de Mer : L'homme qui Fût).

Si tant est que la psychiatrie sorte pas à pas de l'ère descriptive et nosographique, aidée en cela conjointement par les découvertes soeurs parapsychologiques et psychopharmacologiques, pour s'engager dans une ère thérapeutique, notre expérience, relatée dans ce travail, concrétise un changement possible. Avant d'en analyser les modalités et de laisser la parole aux membres de l'équipe de soin qui l'ont vécue, il importe de la situer schématiquement par rapport à certaines de ses aïeules vis-à-vis desquelles elle peut se poser en paradoxe puisque la maladie-folie iatrogène que nous venons de définir sommairement en a été la " grande absente ".

4

Ce mérite revient sans doute en grande partie aux attitudes des cardiologues et de leurs hôtes les psychiatres, qui ont évité de fuir les paradoxes inhérents à leur pratique.

Les paradoxes historiques et actuels qui touchent plus particulièrement la psychiatrie feront l'objet du chapitre suivant, tandis que ceux traditionnellement réservés à la " médecine physique ", seront abordés dans le chapitre des réflexions.

Leur acceptation souligne parfois l'ambiguïté qu'il y a à soigner la vie et non pas comme le voudrait si souvent le confort du thérapeute, un de ses constituants, de quelque nom qu'on l'isole dans un organe anatomique ou dans une fonction physiologique ou psychologique.

II - LA PSYCHIATRIE ET SES PARADOXES HISTORIQUES ET ACTUELS

Ce retour en arrière, parfois au loin, parfois très près de nous, est important dans la mesure où il peut servir d'analyste à notre pratique d'aujourd'hui, tout en prévenant certains pièges historiques où sans doute se sont fourvoyés biens des " bonnes volontés " (les guillemets étant posés par la contribution psychanalytique à la démystification du vieil adage : " La route de l'enfer est pavée de bonnes intentions ", qui fait partie de l'itinéraire de notre démarche). Loin de prétendre être exhaustif en ce sujet particulièrement riche, ce tour de vue tend à fixer des caricatures faciles à mémoriser dans l'espoir qu'elles deviennent d'autant plus matière à autocritique.

1 - Si depuis longtemps déjà les fous ont pris la place des lépreux au point de vue institutionnel (Cf. FOUCAULT, Histoire de la Folie, Plon 1961), encore de nos jours, ils paraissent assez souvent victimes d'une double assertion de contagion et d'incurabilité qui n'a de scientifique qu'une série d'hypothèses infiltrées du poids de l'histoire et des " croyances " personnelles des sujets qui s'en font les garants de façon parfois grotesque (Cf. La Chasse aux Schizocoques in PSYCHOLOGIE n° 38, Mars 73, par MANDEL AJ., SEGAL DS et Collaborateurs. En se limitant à l'incurabilité en 1975, le fronton du Service du Professeur DENIKER entend bien échapper à ce mythe et s'en prémunir par une lecture qui ne doit pas laisser de doute :
" Service de Santé Mentale et de Thérapeutique ".

6

2 - Dès 1903, le rapport Paul SERIEUX considère déjà le système asilaire français comme " Rigide et fermé aux innovations " et préconise que " l'Hôpital Psychiatrique doit devenir de plus en plus un instrument de réadaptation sociale et non un milieu favorisant la chronicité ".

Actuellement, si des innovations ont eu effectivement lieu, de nombreux travaux français et étrangers ont dénoncé la chronicisation des malades mentaux à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques. Les statistiques se passent là de longs commentaires. Ainsi, BOUCHARD reprenant les statistiques de l'INSERM pour l'année 1972 écrit dans la revue PSYCHIATRIE n° 29, Septembre 1975 :

" 27% des hospitalisés en Psychiatrie Publique le sont depuis plus de 10 ans,

14% depuis 5 à 10 ans

25% depuis 1 à 5 ans

ceci confirme bien l'ébauche d'un courant de vidange, mais qui ne se chiffre que par des différences inférieures à 2 ou 3% depuis 1968. C'est un courant lent, presque une stagnation ".

HANDLER dans son livre " L'homme et son Esprit " (Ed. SAURET, Monte-Carlo 1968), cité des chiffres américains encore plus impressionnants : " Sur les 51 453 schizophrènes que contenaient les hôpitaux d'état à New-York en 1958, 60% étaient hospitalisés depuis 10 ans et plus, 3% seulement depuis un an ou moins ".

Quant aux tentatives de réadaptation sociale, l'ergo-thérapie qui avait suscité beaucoup d'espoir a été le plus souvent dévitalisée par une législation qui, en même temps qu'elle officialisait des expériences pilotes, la réduisait à un passe-temps sans intérêt que BALVET concrétise dans le terme de " Raphiathérapie " (Séminaire LYON 1976).

Une remarque particulière doit être faite concernant

le fameux pécule remis aux malades s'acquittant des travaux à l'intérieur de l'hôpital (du bibliothécaire au serrurier, en passant par le jardinier). Elle touche trois points importants :

a/ Le pécule participe à l'autarcie de l'hôpital psychiatrique en créant une dépendance professionnelle à l'intérieur du cadre de l'institution.

b/ Le pécule, dérisoire (4 francs/24 heures maximum) entretient un servage par le pourboire pour celui qui s'acharne à vouloir rentabiliser son travail.

c/ Le pécule est le symptôme d'une société traduisant l'intérêt et par extension les crédits qu'elle accorde à la réinsertion professionnelle du malade mental.

3 - Si la loi de 1838 organisant à la fois l'hospitalisation et la protection des malades mentaux existe bien en tant que Loi dans la législation française, l'organisation de la sectorisation en 1960 ne se fait que par une circulaire nettement moins efficace au point de vue du Droit et donc de sa rapidité de mise en application.

Cette différence dans le choix des législateurs ne traduit-elle pas clairement la priorité culturelle accordée à la contention de la folie par rapport à la mise en route de méthodes de traitements adaptés ?

4 - La politique de sectorisation paraît avoir été instaurée par des soucis économiques plus que médicaux à proprement parler. Ainsi, la circulaire de 1960 précise : " Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement des hôpitaux psychiatriques existants... Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation

et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore ".

Ce n'est que par un rappel sur une étrange cécité bicentenaire que l'on se force à admettre que les internés peuvent avoir des " problèmes médico-sociaux " provoquant un phénomène original, la " sédimentation hospitalière ", authentifiant leur existence en tant qu'objet et non de personne.

5 - Combien de secteurs, plus de quinze ans après, n'existent que de façon squelettique dans les moyens mis à leur disposition, quand ils ne se résument pas à l'emplacement géographique d'une carte administrative, alors même que les résultats d'expérience pilote sont particulièrement convaincants.

Dans le secteur du XVIIIe arrondissement de PARIS,
le temps de séjour à l'hôpital psychiatrique moderne de SOISY
était déjà en 1966 : - inférieur à 6 mois dans 90% des cas
- inférieur à 3 mois dans 68% des cas
- Entre 6 mois et 1 an dans 5,4% des cas
- Plus d'un an dans 5% des cas,

quant au mode de premier contact avec les malades dans l'ensemble du secteur, la venue spontanée passe en deux ans de 35 à 80% pour les hommes, de 50 à 80% pour les femmes (chiffres des années 1962 et 1964)

6 - De nombreux auteurs (REYNIER et LAUSIER : " La Construction et l'Aménagement des Asiles d'Aliénés", PEYRONNET Ed. publié dès 1935, il y a plus de quarante ans) et plus récemment SIVADON, Article EMC 1968, intitulé " Architecture Psychiatrique, Principes et Tendances Actuelles " ont essayé de jeter les bases d'un changement dont Max QUERRIENS souligne ainsi l'importance dans : RECHERCHES, Numéro Spécial, Programmation, Architecture et Psychiatrie, FGERI Ed. PARIS 1967 : " Dans la mesure où un désordre mental se traduit par une sensibilité exacerbée à certaines sollicitations du milieu ambiant, on a chance de l'analyser et d'en venir à bout que si l'on commence par

admettre que les rapports de personne à personne passent par le truchement des choses, que les messages échangés par les hommes sont réfractés et réfléchis, réduits ou simplifiés par l'espace architectural, que cet espace est un espace dynamique chargé d'influences bénéfiques ou maléfiques et qu'il faut compter avec lui comme un partenaire actif".

Des réalisations modernes, tel l'Institut Marcel RIVIERE construit dans le magnifique parc d'un château du 18e siècle, près de PARIS, fonctionnent sur ce modèle, tandis que le "Centre Psychothérapique de SARREGUEMINE" renferme des bâtiments dits de sécurité, au style germanique particulièrement austère, dans le cadre dantesque de fossés, de barbelés et de murs électrifiés... Du centre de villégiature au camp de redressement, la panoplie architecturale des structures de soin françaises est embarrassante.

7 - Si les gardiens des anciens hôpitaux psychiatriques ont troqué leur uniforme contre une blouse blanche d'infirmier, leur fonction n'est toujours pas légalisée par un statut officiel et cette mutation du rôle ne s'est pas effectuée sans problème. P.F. EVRARD en analyse les répercussions psychologiques dans sa thèse (Lyon, 1972) intitulée " La Psychiatrie Instituée " : " La fonction défensive de l'organisation officiellement destinée à soigner des malades mentaux, joue le rôle de défense contre l'anxiété des soignants et aide à comprendre les résistances au changement, car toucher à ce qui est institué dans l'hôpital, équivaut à libérer de l'anxiété chez tous ceux qui utilisaient cet institué comme moyen de défense. Ce n'est pas par hasard non plus, si les résistances au changement sont plus fortes chez les " anciens ".

V. LEVY dans " Présentation et Traduction des textes fondamentaux anglais et américains de Psychologie Sociale " (Dunod 1965) cite le travail d'Elliot JAQUES dont le titre présuppose le dépassement de la vision restreinte de l'institution psychiatrique classique fermée sur elle-même, en la recadrant dans la Société qui

l'a crée à son image : " Des systèmes sociaux comme défenses contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution ".

8 - Le volume des hôpitaux, leur capacité en lits, ont pris des proportions énormes. Aux Etats-Unis en particulier, ce problème a été poussé jusqu'à l'absurde avec une espèce d'industrialisation du traitement de la folie. Ainsi, le PILGRIM STATE HOSPITAL près de New-York, peut à lui seul recevoir environ 15 000 patients ! En France, l'échelle paraît être respectée dans le même sens et les hôpitaux de la périphérie parisienne prévus à l'époque d'HAUSSMAN, qu'il s'agisse de MAISON-BLANCHE, de VILLEJUIF ou de PERRAY-VAUCLUSE, deviennent très vite surchargés avec 4000, voire 5000 malades !

Si la boutade de J.M. BOUCHARD : " Imaginez-vous un hôpital peuplé seulement de 1500 cardiaques où l'on vivrait dans la dyspnée, les extrasystoles, les taux de prothrombine... de quoi devenir fou ! Alors 1500 fous tous ensemble, de quoi devenir cardiaque ! (Revue PSYCHIATRIES, Sept/Oct. 75), peut ironiser sur ces concentrations de malades mentaux, la description d'une " institution totalitaire " à l'Hôpital SAINTE-ELISABETH de Washington (en 1955, il renfermait 8000 lits !), tente de faire partager au lecteur le vécu quotidien de ses occupants (E. GOFMAN " ASILES ", Editions MINUIT 1968) et laisse une impression plutôt tragique que l'on peut transposer facilement à la lecture du " Château " de KAFKA.

9 - La construction actuelle d'hôpitaux psychiatriques semble plus préoccupée de mettre en train des plans vieilliss par les formalités administratives, que de tenir compte de l'évolution des idées les concernant. Ainsi, à Valence, un nouvel établissement va bientôt pouvoir commencer à fabriquer ses " chroniques " et le " Procès " de F. KAFKA peut illustrer là encore le dédale de difficultés intriquées qui ne cessent de faire obstacle aux possibilités déjà anciennes de la psychiatrie.

Une prise de conscience politique paraît se dessiner

tout de même puisqu'à partir des 300 lits prévus par l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) il y a une vingtaine d'années, la circulaire de 1960 mentionne des chiffres déjà en baisse (200 lits par secteur de 100 000 habitants), mais elle ne précise pas si un hôpital psychiatrique pourra ou non cumuler les lits de plusieurs secteurs, tandis que plus récemment le Ministre de la Santé Publique accentuait la modération de taille des unités de soin de chaque secteur " Ne jamais construire plus de 100 lits par secteur ".

10 - Face à cette pléthore de malades encasernés, les rares représentants d'un désert médical en étaient souvent réduits à maintenir un ordre artificiel en " tassant " les originalités.

AYLLON et AZRIN dans leur livre " Traitement Comportemental en Institution Psychiatrique " (DESSART, 1973) font deux remarques complémentaires : " Le rapport médecin-malade est souvent de 1 à 1000 dans les hôpitaux psychiatriques américains " et où le peu d'étonnement a son aboutissement : " dans une institution pour malades mentaux, c'est le manque de disponibilité du personnel professionnel qualifié qui semble constituer l'obstacle majeur à l'administration de soins ".

Plus près de nous, C. MEJEAN dans son mémoire intitulé : " Réflexions sur les conditions d'asilation des malades admis à l'hôpital psychiatrique " (Marseille 1975) cite un exemple des plus courant en France concernant l'organisation d'un secteur : " Longtemps représenté par le seul Médecin-Chef assisté d'un Interne, le nombre de médecins est insuffisant en comparaison du nombre de malades hospitalisés (actuellement un Médecin-Chef et 4 Internes pour 215 malades). Et il faut ajouter à cela qu'ils sont chargés en plus des consultations d'hygiène mentale du secteur ".

L'impuissance flagrante des moyens thérapeutiques participe donc encore en 1976 à la crédibilité culturelle du Fou incurable.

11 - L'importance des facteurs de déculturation qu'avaient à affronter les internés sur deux plans, va également dans ce sens :

a/ en pénétrant dans le monde asilaire, la personne malade était prise en charge totalement et devait abandonner bon gré, mal gré, tout particularisme, toute identité (pendant longtemps, le port de l'uniforme et l'usage du matricule étaient imposés). Comme le disent AYLLON et AZRIN : " Cette déculturation est d'importance capitale car elle empêche la mise en liberté des malades mentaux ".

b/ Les asiles puis les hôpitaux psychiatriques ont été construits à l'écart des villes, si bien que leurs " pensionnaires se trouvent souvent à des distances importantes de leur ancien foyer, de leurs amis, de leur famille, limitant d'autant plus les visites et les sorties de temps limité. BERTHELIER (Séminaire LYON 76) donne à ce sujet un exemple particulièrement significatif : " Pour mieux soigner les malades mentaux d'Algérie au temps où il n'y avait pas encore d'asile construit là-bas, ils étaient "rapatriés" en France, en particulier dans le midi. Ainsi, l'Hôpital Psychiatrique de SALON de PROVENCE voyait les malades s'aggraver rapidement à leur arrivée, étant donné qu'il leur fallait faire pratiquement le deuil de la majeure partie de leur culture à un moment déjà assez conflictuel de leur existence ".

A l'inverse, la position centrale de la ville de SAINT-ETIENNE en ce qui concerne le lieu de notre expérience où chaque patient vivait un peu au rythme général de la population et avait devant sa fenêtre une série de magasins divers, a sans doute limité beaucoup ce risque facteur de chronicité par surenchère à la folie.

12 - " C'est l'intolérance au fou qui crée l'état dangereux "... et il paraît impossible de séparer l'auteur de l'acte de sa victime " ("Etudes de criminologie clinique", MASSON 1963) écrit Marcel COLIN qui cite le cas du " Christ de Bicêtre " qui,

du jour où PINEL empêcha quiconque de se moquer de lui tout en le libérant de ses barreaux, adapta son comportement en fonction de la nouvelle situation qui lui était faite. Ses cris, ses injures qui lui avaient fait une solide réputation puisque les Parisiens de l'époque amenaient le dimanche femmes et enfants pour se divertir du spectacle, ne furent plus qu'un souvenir. (Cf. Histoire de la Folie de FOUCAULT où la transformation est décrite plus en détail).

Mais c'est la tolérance idéologique (ou religieuse) qui peut créer également l'état dangereux ! Ainsi, à JAVA où la population honorait l'auteur de la " Course d'AMOK " au cours de laquelle un individu était pris d'une compulsion à tuer en croyant qu'il était alors inspiré des Dieux et ne faisait en quelque sorte que réaliser un jugement divin... la fréquence des élus à ce qui était pour les premiers observateurs étrangers à la culture locale, une " maladie à spécificité culturelle ", chuta brutalement à partir du moment où l'administration anglaise se mit à les emprisonner. ELLENBERGER dans son article " ETHNOPSYCHIATRIE " (E.M.C. 1965) souligne d'ailleurs le " phénomène universel de l'impulsion au meurtre multiple " que l'implication dans une culture magique peut donc faciliter.

Attitudes tolérante et intolérante semblent donc parfois se rejoindre dans leurs effets. Elles ne sauraient d'ailleurs l'une que l'autre les prévenir si elles ne trouvent pas leur dépassement commun dans la possibilité d'un dialogue comme le souligne l'étude de WOODBURY (Information Psychiatrique, 1966) à propos d'expériences dans le secteur du fameux XIIIème arrondissement de PARIS. Schématiquement, elle distingue trois fonctionnements des équipes de soins :

- dans une équipe très hiérarchisée et dure, les malades sont souvent agressifs et violents,
- dans une équipe très libérale, les malades ont l'impression d'être abandonnés et se suicident,

- dans une équipe de régime parlementaire au pouvoir de la parole, les malades vont mieux.

13 - La parole en tant que communication et source de changement relationnel peut cependant être un leurre. A la suite du développement de la psychothérapie institutionnelle (CF. TOSQUELLES, " Structure et Rééducation Thérapeutique ", Editions Universitaires, 1967), par l'intermédiaire des réunions pavillonnaires et de la formation de clubs (Cf. Club Paul BALVET à l'Hôpital Saint-Alban) visant l'analyse des contradictions également psychotisantes à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques et à l'extérieur (société, famille...), celle-ci a le plus souvent déçu ses instigateurs.

EVARD constate dans sa thèse " La Psychiatrie Instituée " (Lyon 1972) : " La réunion de pavillon ainsi que la réunion d'équipe et d'une manière générale toutes les activités instituées dans les services ou en-dehors, ne sont pas vraiment exploitées et l'on constate souvent un certain formalisme rituel où l'évènement n'est qu'anecdote, la remise en cause désordre ".

Didier ANZIEU, en l'étendant au domaine social, critique " l'application systématique et à priori d'un régime de réunions-discussions " qui " risque de provoquer seulement une inflammation aiguë de l'épiderme social, à laquelle des humoristes ont donné le nom de " Réunionniste " ou " Groupite " (" La Dynamique des Groupes Restreints ", PUF 1973).

Les tentatives de reprise en main de ce courant novateur par la " rigueur psychanalytique " (ANZIEU) sont estimées de façon non moins paradoxale entre les observations encourageantes de P. RACAMIER (" Le Psychanalyste Sans Divan ", PAYOT 1970) et celles plus pessimistes de JAKUBOWITZ : " La prise d'une technique analytique d'écoute par les psychiatres a sonné le glas de la psychothérapie institutionnelle " (Séminaire LYON 1976).

Le maintien d'un certain écart vis-à-vis de tout formalisme semble une condition d'approche efficace pour préserver la qualité de la parole. C'est tout au moins ce qui ressort de la pratique de notre expérience de mixité où l'improvisation d'une partie importante des échanges, en fonction de l'actualité, des questionnements de l'équipe, si elle a réclamé du temps et une disponibilité entre ses acteurs, a permis une ouverture et l'acceptation d'un domaine de non-réponse non contradictoire du savoir (Cf. Les paroles de FREUD : " Le Doute, c'est l'appui de la certitude ").

14 - Le non directivisme prôné par ROGERS et reprenant à son profit la fonction clé de la psychanalyse, ne peut manquer de paraître ambigu par deux de ses principes de base :

- { - obligation des échanges verbaux
- } - liberté complète de ces échanges

qui peuvent être fondus dans le paradoxe " soyez spontané " repris par WATZLAWICK et Collaborateurs dans son livre " Changement " (Le Seuil, 1975). L'analyse du message " soyez spontané " peut devenir un piège à logique formelle qu'ils dissocient ainsi: " C'est un ordre exigeant un comportement qui, de par sa nature, ne peut être que spontané, mais justement ne peut plus être spontané quand il résulte d'un ordre ".

Pour souligner la transgression de " L'axiome central de la théorie des types logiques, à savoir que ce que comprend tous les éléments d'une collection ne peut pas être un élément de la collection " et aboutir à leur propre éthique thérapeutique : " Le problème n'est donc pas d'éviter l'influence et la manipulation, mais de les comprendre mieux et de les utiliser dans l'intérêt du patient ", ils n'en dissimulent pas moins sa réalité de changement par l'accès à une dimension fondamentale ou l'autre n'est plus vécu comme quelqu'un qui ordonne, mais plutôt comme quelqu'un qui écoute et à qui on peut parler. Le sens même du paradoxe des règles de la non directivité, qui est non sens si pris " à la lettre ", peut être

retrouvé en psychanalyse où sans doute la règle n'y est plus, assez vite, l'essentiel ! Mais pour cela, encore faut-il que l'indication en soit posée par le sujet lui-même (Cf. J. LACAN " La Psychanalyse vous permettrait d'espérer assurément de tirer au clair l'inconscient dont vous êtes sujet, mais chacun sait que je n'y encourage personne, personne dont le désir ne soit pas décidé ", TELEVISION, Le SEUIL 73), nécessité qui peut passer également pour un paradoxe !

Est-ce pur hasard ou traduction de manoeuvres de l'inconscient, si le psychotique qui a tendance à prendre les règlements à la lettre, ne peut bénéficier de psychanalyse que dans des conditions particulières, montrant ainsi ses difficultés à dépasser le paradoxe de sa règle ?

Enfin, lorsque WATZLAWICK illustre " l'axiome central de la théorie des types logique " par la boutade de Groucho MARX : " Je refuse d'entrer dans un club qui serait disposé à accepter quelqu'un tel que moi comme membre " et la laisse sans autre réponse, il n'est pas impossible de penser que son auteur, comédien comique de talent, n'ait pu signifier là ses difficultés à se retrouver aussi gai au-delà de ses rôles (Cf. " Le Mot d'Esprit et Ses Rapports avec l'Inconscient ", S. FREUD, Ed. Gallimard 71).

15 -"L'intérêt du Patient " dont nous venons de parler avec WATZLAWICK, ne peut-il être posé également en terme de paradoxe et n'y a-t-il pas grand danger à le considérer trop vite comme une vérité objective ? (Ainsi, F. PERRIER écrit dans " Structure Hystérique et Dialogue Analytique " : " Que des hystériques laissent à leur corps le soin de négocier pour elles une question qu'elles ne peuvent assumer, l'exemple nous en est fourni par toutes les habituées des consultations médicales et chirurgicales qui viennent plus ou moins tardivement, plus ou moins droguées ou couturées, chercher une autre forme de recours auprès de l'analyste "). Et ceci d'autant moins qu'il est impossible de réduire les préoccupations hypochondriaques à l'hystérique...!

En contre-partie, certains " tableaux cliniques " imposent la démarche autoritaire et la prise de décision quasi immédiate (ainsi en est-il des cas de manie, de mélancolie, de délire aigu...) avec ses dangers d'extension dans d'autres domaines, de par le pouvoir des psychiatres ainsi contracté, dénoncé par T. SZASZ dans " Fabriquer la Folie " (PAYOT 1976), car passé le temps de la prise en charge, le psychiatre rendra-t-il l'autonomie à son patient au moment adéquat ? Le choix de ce moment n'est-il pas un facteur capital à la " guérison " ou à la " chronicisation " ?

16 - L'éthique du psychiatre face au leurre de la normalité dans une culture donnée a été exprimée en terme de paradoxe par G. DEVEREUX : " An avril 1945, la tâche du psychiatre allemand était accomplie le jour où son patient adhéraait au parti Nazi ; en mai 1945 elle s'achevait le jour où son patient s'engageait dans le parti Chrétien-Démocrate (s'il vivait à Francfort-Sur-Le-Main) ou dans le parti Communiste (s'il vivait à Francfort-Sur-L'Oder) " cité dans " L'Exil Intérieur " par Roland JACCARD (PUF 1976).

Ce point de vue humoristique mais révélateur de l'éthnopsychiatrie souligne l'influence normative de la culture d'autant plus envahissante qu'elle est totalitaire (Cf. RESNIK : " L'idéologie monolithique qui clos le monde intérieur, pratique une invasion du territoire des autres qui y trouveront un faux self... On sort alors de la Vie, car si on n'a plus d'incertitude, on n'a plus de vie personnelle non plus " (Séminaire LYON 76).

L'analogie de l'individu adapté à une société et du malade mental adapté à la microsociété asilaire tel que le décrit Octave MANNONI : " Le fou asilaire s'est révélé comme l'image hyperbolique de l'homme administré. Il n'est plus que cela, objet vide de la pure administration " (In " Le Mouvement Antipsychiatrique ", Revue Internationale des Sciences Sociales, Vol. XXV UNESCO 1973), fait refuser une définition de la normalité par le seul biais de

l'adaptation à une culture et le paradoxe est retrouvé dans une "certaine faculté de désadaptation maintenue en permanence" en fonction de "l'impératif d'adaptation au monde extérieur et au monde intérieur inclus dans le principe de réalité freudien" (in "La Normalité", Christian DAVID, Revue Française de Psychanalyse, Mai 72, PUF).

Pratiquement, le psychiatre est amené à se poser le problème de sa propre vision, de sa propre interprétation du couple dynamique adaptation-désadaptation de son client (quand il n'a pas à surajouter à la grille de son éthique personnelle, celle de l'école de psychiatrie qui a plus ou moins orienté son éducation et celle de la légalité de la société où il travaille, ce qui ne manque pas de passer parfois pour une gageure, s'il ne lui est pas possible de séparer des rôles contradictoires dans une équipe !).

" Il faut se résigner à appeler la sorcière à la rescousse, la sorcière métapsychologie s'entend... Malheureusement, les renseignements donnés par la sorcière ne sont ni très clairs ni très complets " (FREUD in "Analyse Terminée et Interminable" Revue Française de Psychanalyse, Tome XI n° 1, 1939). Ainsi, FREUD parle en terme de résignation d'une issue au problème de la partialité du thérapeute et rajoute : " La différence entre le non-analysé et l'analysé au point de vue comportement ultérieur de ce dernier n'est pas aussi nette que nous le désirerions, l'attendrions, le prétendrions. Ainsi l'analyse réussirait bien parfois, mais pas toujours, à éliminer l'influence du renforcement instinctuel, ou bien son effet se bornerait à accroître la force de résistance des inhibitions, de telle sorte qu'après l'analyse elles seraient bien plus puissantes qu'avant ou que sans elle ".

Le grand mérite de la psychanalyse est d'avoir su souligner ses manques sans démagogie. C'est sans doute par là qu'elle se situe en-dehors d'une idéologie et qu'elle peut être actuellement considérée comme le moindre mal et la meilleure garantie à la fois,

pour cautionner sans illusion l'appréhension et le respect de la personne malade. Comme le dit I. CARUSO dans un article intitulé " Psychanalyse et Idéologie " : " La méthode freudienne est une instruction moyennement optimiste, pour faciliter la prise de conscience par l'homme ; elle est en même temps une mise en garde contre tout optimisme totalitaire négateur de conflits présents ou à venir " (Bulletin de Psychologie n° 4-5, XIII, 1969-1970).

17 - Une journée de séminaire avec le célèbre psychanalyste anglais ROSENFELD (LYON, 22 Mai 1976), peut offrir matière à réflexion, à la fois dans le sens d'un crédit et d'un discrédit à la pratique psychanalytique.

. Le matin, le maître Kleinien insiste en serrant de près la clinique d'une patiente, sur l'importance qu'il y a à ne pas s'évader de la réalité des problèmes de l'analysé, faute de quoi les risques d'y retrouver ses propres problèmes (en particulier chez la psychotique dont il était question !) deviennent prééminents. Ses propres paroles retranscrites avec les aléas de la traduction simultanée s'énoncent ainsi : " Il est capital que l'analyste ne s'intéresse pas trop à ses interprétations de projections extérieures à la situation analytique et vive intensément le moment présent de cette situation... " et plus loin : " Rester accroché à une idée que l'on s'est faite de la patiente, risque de ne plus nous faire considérer la réalité de la dite patiente au moment où elle est avec vous ! ".

. L'après-midi, la lecture rébarbative d'un article sur une nouvelle classification des états limites recréait un cours magistral tandis que la distance entre l'orateur et son assistance croissait tant et si bien que nombreux furent ceux qui quittèrent la salle. Peu s'en fallait que l'après-midi ne soit le négatif du positif du matin !

18 - Les paradoxes attendant aux nosographies psychiatriques,

. relativement faciles à supporter et admis par les psychiatres occidentaux dans leur majorité, sont ceux mis en évidence par l'ethnopsychiatrie. Ainsi, au cours d'un débat organisé sur le thème " Nosographie et Thérapeutique " (Aix-en-Provence, 7 juin 1975), J. SUTTER campe le tableau des " états maniaques tranquilles " qui l'avaient " fort surpris " en Algérie : " Ces malades restaient immobiles, souriants, faisant de temps en temps une remarque à la fois pertinente et cocasse, mais ils n'avaient aucune agitation psychomotrice, n'étaient ni hypermimiques, ni agités, ce qui était le plaisir était de rester assis tranquilles, sans travailler, en regardant les autres s'agiter autour d'eux ",

. tandis que J. BOUSTRA souligne à la fois le caractère ubiquitaire de " l'esprit nosographique " et la " tentation " qui la sous-tend si souvent : " Expliciter le plus clairement possible ce qui angoisse le plus ", nous sans faire revivre à partir d'une expérience personnelle son aspect défensif : " Plus l'autre dévie par rapport à soi et plus il y a une tendance très rapide, immédiate à " nosographier ", c'est-à-dire à arrêter dans une nomination ce qui échappe à la compréhension ".

C'est en quelque sorte reposer la distinction historique de JASPERS entre une conception explicative et une conception compréhensive qui est à la base du mode de fonctionnement phénoménologique.

. Plus difficile à supporter sans doute, est le refus de toute nosographie prôné par T. SZASZ dans son livre, " Le Mythe de la Maladie Mentale " (PAYOT 1975) où il met en avant non sans cynisme, l'analogie entre l'étiquette de la " Justice Sociale " (" une personne qui vole 5 dollars est un voleur, celle qui en escroque 5 millions est un financier ") et celle de la psychiatrie

(" Quand le boucher, le pâtissier ou l'électricien s'estime persécuté par les communistes, il est promptement expédié à l'hôpital psychiatrique. Si le Secrétaire d'Etat à la Défense pense de même, qui pourra l'empêcher ? "), en reposant donc en terme de pouvoir, de dialectique, d'oppression et de libération, le problème de la nosographie.

19 - La négation de la nosographie n'aboutit pas pour autant à la même recherche et les Behavioristes l'ont depuis longtemps tentée par le biais de sa réduction au symptôme. Dans un article de vulgarisation, HJ EYSENK, Professeur à l'Institut de Psychiatrie de Londres écrit : " Selon la théorie dont se réclame la thérapeutique du comportement, le symptôme est la maladie. Tous les symptômes sont des réponses émotionnelles conditionnées, inadaptées vu les conséquences comportementales de ces réponses. Il n'existe aucun " complexe ", aucune " maladie " réels qui se cacheraient derrière la réalité apparente du symptôme. Les complexes d'Oedipe et d'Electre sont des spéculations, des fantasmagories de l'imaginaire dépourvues de toute réalité ", en dénonçant " la main mise de la médecine sur le traitement des névroses qui est cause d'un retard considérable dans son étude scientifique " (in"La Recherche" n° 48, Septembre 74).

Son " défi behavioriste " ne nous promet-il pas un " nirvana tout électrique " à l'image du royaume d'utopie qu'avait décrit SKINNER dans " Walden Two " il y a de cela presque trente ans ? Cet espèce de panthéisme où la science aurait remplacé Dieu n'est pas sans évoquer " Le Meilleur des Mondes " dont A. HUXLEY avait voulu nous prévenir : " Pour les futurs hommes politiques, le problème du bonheur consiste à faire aimer aux gens leur servitude ", et ces paroles ne prennent-elles pas le sens d'une prophétie lorsque SKINNER écrit : " Dès l'instant que nous reconnaissons le rôle des contingences de renforcement, nous pouvons mettre à l'oeuvre dans la planification culturelle, une science appliquée du comportement " (in"Analyse Expérimentale des Comportements ") ou lorsqu'il déplore

comme à regret que : " Les forces qui agissent de la manière la plus puissante sur le comportement humain ne sont pas utilisées efficacement " .

20 - Dans un article intitulé " Thérapie behaviorale et problème d'éthique ", JM BOISVERT et G. TRUDEL posent le paradoxe de l'éthique efficace : " Il n'est pas éthique de continuer à employer une technique thérapeutique qui ne se révèle pas efficace (Canadian J. Behav. 4-2, 1972), tandis que le livre de S. RACHMAN " The effect of psychotherapy " (Pergamon Press, 1971) est un véritable recueil de " preuves " confirmant l'affirmation donnée par EYSENK dès 1952 et depuis dans maintes publications acharnées : " Les névrosés non soignés guérissent exactement dans la même proportion que ceux qui suivent une psychanalyse ou une psychothérapie (à laquelle les mots d'ISRAEL : " Le meilleur moyen d'éviter de se interroger sur une cause, c'est de la défendre, comme si le contenu de la cause avait quoi que ce soit à faire avec l'ardeur dont on la défend ! (Cours Faculté Strasbourg, 1970), peuvent renvoyer non sans humour).

LAMONTAGNE souligne le taux de réussite particulièrement élevé de FRIEDMAN, psychanalyste londonien, associant techniques comportementales, chimiothérapiques et interprétations analytiques.

Par ailleurs, le but suprême de l'analyse tend, à l'Ecole Lacanienne en particulier, à se départir de visées symptomatiques et spectaculaires qui pourraient faire écran à la démarche de l'analysé vers son inconscient, ce qui va dans le sens de la " psychothérapie autonome " décrite par SZASZ dans " L'Ethique de la Psychanalyse " (PAYOT 1976) où l'analyse récuse tout modèle curatif mais se considère comme le représentant du patient en vue d'accroître son champ d'autodétermination et par là accessoirement se libérer de ses symptômes.

21 - Le paradoxe des guérisons biologiques

Le modèle actuel de guérison biologique est incontestablement le lithium dans l'indication de la psychose maniaco-dépressive or, les publications qui se succèdent à ce sujet ne mentionnent que très rarement le " syndrome psychologique " qu'il induit. L'article de ROSIER, MOREAU, BROUSOLE, LAMBERT et CARON intitulé " Gluconate de Lithium : vers une disparition complète des rechutes cyclothymiques ? " a le mérite de lui consacrer un paragraphe où sont citées les paroles significatives d'un des patients : " Je connais maintenant quatre états de mon personnage : l'état maniaque, l'état dépressif, ce que vous appelez l'interphase et un nouvel état depuis le lithium et qui me semble comparable à celui que j'ai connu avant que se déclenche, il y a de très nombreuses années, ma maladie ".

Les auteurs mentionnent en outre : " Que dans la plupart des cas (1/3 des malades traités), l'impression est celle d'un malade qui prendrait en même temps que le lithium un tranquillisant de type Méprobamate qui donne justement un certain type d'indifférence propice à une introspection sans inquiétude, parfois à un certain état contemplatif ".

Si nous sommes loin du " syndrome de passivité " décrit par BALVET à propos des traitements neuroleptiques, ces constatations cliniques, qui ne sont pas sans rappeler les effets des toxicomanies à minima si largement répandues (Alcool, Tabac et " Somnifères "), devraient pouvoir modérer un certain activisme au lithium (Cf. Observation de Michel G...). BROUSOLE (Séminaire LYON 1976), cite le cas de cet artiste canadien qui voyait décupler son génie (attesté par ses créations originales fort prisées) lorsqu'il était en phase hypomaniaque et qui, depuis qu'il est " sous lithium " ne fait plus que des " croutes désolantes de conformisme ".

Les excellents résultats du lithium normalisant la cyclothymie ne peuvent se désolidariser du problème d'éthique qu'il

pose ainsi.

22 -- Comment ne pas conclure ce chapitre par le paradoxe de l'existence même de thérapie paradoxale, alors que l'école de PALO ALTO avec BATESON avait su montrer l'implication du paradoxe dans la genèse de la schizophrénie.

Avec la technique proposée par FRANKL sous le concept d'intention paradoxale, il s'agit pour le malade " d'exagérer la symptomatologie dans son esprit à un point tel qu'elle devienne irréaliste et ridicule " (LAMONTAGNE et HAND in " L'intention Paradoxale et Techniques Comportementales Similaires en Psychothérapie à Court Terme ", Canadian Psych. Assoc. J. Vol. 19, 1974). Ainsi, la prescription du symptôme, par exemple de la tachycardie chez un anxieux qui consulte justement pour cela, de l'impuissance, de certaines phobies, de certaines obsessions : " pendant plusieurs heures de pratique continuelle la même journée, l'intention paradoxale s'avère efficace la plupart du temps pour le malade, mais à l'occasion, sans aucune raison évidente, elle augmente la symptomatologie " (Idem)

Avec les techniques de " flooding " ou d'immersion mises en avant par STAMPFL dès 1967 (Cf. Essentials of Implosive Therapy in J. Abnorm. Psychol. 72, 496-503, 1967), le malade est placé en situation phobique, soit en imagination, soit dans la réalité (et parfois successivement). L'emploi de l'humour dans la méthode précédente (humour auquel FRANKL tenait beaucoup pour lui avoir fait supporter l'expérience personnelle des camps de concentration nazis) disparaît et le patient est maintenant soumis à un face à face avec une situation qu'il avait souvent pris soin d'éviter depuis longtemps. Si son efficacité est supérieure (LAMONTAGNE, Séminaire LYON 1976) à la méthode de désensibilisation systématique (Cf. WOLPE " La Pratique de la thérapie comportementale ", Masson 1975) qui réalise une exposition fractionnée et imaginaire sous couvert d'une préparation à l'état anxieux par une technique de relaxation (JACOBS)

ou SCHULTZ), elle demande à être maniée par un thérapeute exercé, car elle s'est soldée par quelques suicides (Cf. Le retour aux prémisses de notre paragraphe où la mort réelle peut sembler une issue à une situation intenable, comme la mort vécue que peuvent représenter parfois la schizophrénie et l'autisme infantile).

La psychiatrie est donc une grande receleuse de paradoxes et celui qui en fait métier sera souvent amené à les dépasser sous peine de s'y enfermer lui-même, seul ou avec ses clients. Sa pratique à l'intérieur d'un service de médecine hospitalier peut favoriser ces dépassements par une certaine émulation au contact d'un modèle médical plus orthodoxe, non sans que s'établisse le paradoxe d'une réelle communication, riche de remises en question mutuelles entre deux modes d'approche historiquement et idéologiquement séparés (l'Enseignement de la psychiatrie en Faculté de Médecine, ne date-t-il pas d'hier ?) et entre deux types de malades qui n'avaient classiquement rien à voir entre eux, ceci malgré quelques expériences qui restèrent lettre morte. Ainsi, le psychiatre TUKE avait eu l'idée de soigner des aliénés en mêlant gens sains et malades dès le XIXème siècle.

III - MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE L' EXPERIENCE

A - LA PHASE DE DEBUT

L'Hôpital de la Charité au centre de la ville de Saint-Etienne, renfermait en 1973 :

- Un service de médecine à orientation cardiologique de 51 lits qui devait intégrer l'Hôpital Général Principal de " Bellevue " (situé en périphérie de l'agglomération), dès 1974.

- Un service de psychiatrie qui venait de s'installer dans quelques pièces d'un de ses bâtiments et qui fonctionnait en consultation externe surtout (un hôpital de jour de quatre lits pour y être adjoint, mais il ne disposait pas de lit d'hospitalisation complète). Cette installation était également provisoire.

- Des services de gériatrie et de convalescence qui occupaient la majeure partie des bâtiments avec quelques 600 lits. Cette installation était la seule à être définitive.

Selon les prévisions administratives, le service de psychiatrie devait prendre la place du service de cardiologie au départ de celui-ci, avant d'intégrer lui aussi, mais dans un avenir plus lointain, l'hôpital Bellevue.

Ainsi s'était donc créé entre un service en partance et un autre en instance, une " copropriété symbolique des murs " qui a sans doute participé à la qualité des échanges qui devaient s'établir, en évitant l'écueil potentiel de la notion de territoire (mise en évidence par les éthologues, en particulier Konrad LORENZ).

Les chefs de service de cardiologie et de psychiatrie partageaient au niveau de leur passé respectif, le titre d'ancien interne des Hôpitaux du même terroir lyonnais et cette appartenance peut être considérée comme un préalable positif à leur solidarité de " frères phylogénétiques " (au sens de FREUD, Cf. Totem et Tabou).

Ces a priori, favorables à une coopération entre les services, s'inscrivaient d'ailleurs dans un contexte local où la psychiatrie était représentée d'une part par un service fermé, à tendance chimiothérapique prépondérante, historiquement connu dans la région (" Le Pavillon 19 ") et des services ouverts sur un mode à tendance antipsychiatrique, nouvellement mis en place dans un hôpital psychiatrique neuf, non loin de Saint-Etienne. Un peu écartelé entre ces deux tendances extrémistes, le concept de psychiatrie stéphanois accueillit en l'arrivée du nouveau psychiatre, le Docteur PELLET, l'occasion d'une " nouvelle donne " (la nouveauté étant assez souvent investie des marques du passé avec toute l'idéalisation qui peut en résulter !).

Un autre élément a sans doute joué un rôle de renforçateur des possibilités d'accueil de la psychiatrie à l'intérieur du service de médecine : la maturité de l'équipe du Docteur VERNEYRE. Joëlle SIMON dans sa thèse intitulée " Rôle et Place du Psychiatre en Médecine Interne " (Marseille 1973), l'avait mis en exergue par ces mots :

" On constate que les médecins sont d'autant plus sensibilisés à la psychologie du malade et attendent d'autant plus du psychiatre, qu'ils acquièrent plus d'expérience ".

Enfin, la limite de l'expérience à partir de l'accord de principe d'hospitalisation des malades " psy " en service de médecine était tacitement fixée dans le temps par les déménagements respectifs des deux services et la possibilité qui serait donnée ainsi à la psychiatrie d'avoir des lits autonomes.

La phase de début fut marquée par le séjour de quelques malades " psy " adressés au service du Docteur VERNEYRE directement par le Docteur PELLET avec un traitement à suivre et des examens à effectuer. Il était laissé à l'initiative de l'Interne du service d'accueil, un examen " somatique ", ainsi que les conséquences pratiques qui pourraient en découler.

Le peu de disponibilité du Docteur PELLET qui était à la tête de plusieurs secteurs psychiatriques, aidé en cela d'une infirmière, d'une secrétaire et d'une femme de ménage ! (les paradoxes cités dans le premier chapitre réapparaissent de fait !), limita sans doute beaucoup ses visites auprès des malades ainsi hospitalisés et non moins les échanges qui pouvaient avoir lieu avec l'équipe soignante médicale. Il y sera fait allusion plusieurs fois dans les interviews en termes de regrets parfois assez vifs pour atteindre le reproche (ce qui ne fera que souligner l'importance qu'il y a à s'intégrer à une équipe et les difficultés qui ne manqueront pas de s'y présenter si on reste étranger à celle-ci, pour quelque motif que ce soit).

B - LA PHASE INTERMEDIAIRE

Pendant la période précédente, les hospitalisations de la part du psychiatre avaient été soumises à variation, ce dernier ayant

limité les indications en fonction du temps dont il pouvait disposer pour les prendre en charge (Cf. Interview de C. DEVOUASSOUX qui était interne pendant cette période).

La création d'un poste d'interne dans le Service du Docteur PELLET permit de dépasser cette difficulté, une fois les problèmes d'apprentissage propres aux différences de fonctionnement médecine-psychiatrie abordés au moins dans leurs aspects essentiels.

En effet, l'arrivée dans le Service de Psychiatrie d'un stagiaire interné, fut loin de résoudre à court terme les aléas de la disponibilité du Chef de Service de Psychiatrie ! La présence d'un novice, même bien intentionné, a pendant quelques mois posé sans doute plus de problèmes qu'elle n'en a résolus et à titre d'anecdote significative, la mémoire me rappelle cette conversation :

. Docteur PELLET : " Vous avez déjà fait de la psychiatrie ? "

. A. MASSARDIER : " Jamais... J'ai lu quelques livres de FREUD en " philo " au lycée " (et devant l'inquiétude de mon interlocuteur, je m'empressais de faire acte de bonne volonté)... " Si vous pouvez m'indiquer un bon ouvrage de psychiatrie ? ".

. Docteur PELLET : " Vous cherchez l'ABC de psychiatrie ? mais je ne crois pas qu'il existe ! ".

Ce démarquage par rapport à la " vérité " du savoir fut sans doute une étape capitale dans ma formation psychiatrique qui bénéficia, à partir de ce coup de semonce, d'échanges pluriquotidiens à partir de la pratique personnelle du Docteur PELLET, à qui je dois sans conteste, l'orientation " psy " de mes études médicales.

Cette orientation et la rencontre avec le Docteur PELLET qui y est attenante tient dans ses préalables du " coup de poker ". Flanqué du mérite ou de la chance, de voir mon nom inscrit dans les

premières places du classement qui " couronnait " l'ancienne cinquième année de médecine, j'avais en fait la possibilité de choisir un stage interne comme interne remplaçant dans un service CHU (les postes qui n'avaient pas été pourvus par les titulaires du concours nous étaient ainsi proposés avec l'avantage d'une paie décente à laquelle venait s'ajouter pour moi, non sans un certain atavisme, le retour à Saint-Etienne).

Parmi les possibilités qui avaient retenu mon attention, deux demeurèrent en présence jusqu'à l'appel de mon nom le jour du choix officiel. Il s'agissait d'un poste de cardiologie dans le Service du Docteur DROGUE (que j'avais connu en tant qu'externe dans le Service du Docteur BOUQUIN où il était assistant) et du poste de psychiatrie du Docteur PELLET (que je ne connaissais pas, sinon par ouï-dire, à partir de collègues à qui il avait fait des cours en 5ème année).

La cardiologie représentait d'autant plus la sécurité que j'avais effectué plusieurs mois de remplacement d'interne dans la spécialité et que je connaissais assez bien la personnalité du Chef de Service.

La psychiatrie avait pour moi l'attrait de l'inconnu (dans le cursus des études médicales, c'était pratiquement la dernière fois que l'occasion se présenterait), mais elle avait été également investie de la force de suggestion d'un homme dont j'avais eu l'occasion d'apprécier les qualités de jugement. Cet homme, ami de mes parents et médecin généraliste à la fois, avait su trouver les mots convaincants pour me faire admettre qu'étant donné la fréquence des problèmes " psy " dans sa pratique personnelle, il était peut-être intéressant d'y être confronté pendant six mois de stage.

Cette seconde solution emporta ma conviction de justesse car, à la vérité, j'avais un peu peur d'y " perdre mon temps " (ce

qui était une idée assez répandue parmi les étudiants en médecine que je cotoyais !). Il s'avérera que mon emploi du temps sera plutôt bien rempli et que j'aurai l'occasion pendant les gardes de "faire" quand même un peu de cardiologie.

La richesse de l'initiation pratique à la psychiatrie que m'apporta le Docteur PELLET, me permit d'être son représentant dans le Service de Cardiologie trois à quatre mois après mon arrivée et un second choix de six mois assura une collaboration effective entre les deux services (Cf. Interviews de Messieurs LAMAUD et CORNEC qui étaient internes à cette époque).

C - LA PHASE D'ETAT

L'arrivée du psychiatre (à fortiori accompagné de ses patients), ne manque pas de susciter un jeu d'action-réaction dans ses rapports avec le service médical qui l'accueille. Plusieurs modalités de fonctionnement semblent pouvoir en découler :

a - Le modèle d'évitement-confirmant

Quand bien même ce ne serait que les produits des fantasmes culturels en vigueur sur la folie et sur ceux qui la soignent, le psychiatre a tôt fait de devenir une caricature qu'il peut perpétuer par un langage abscons et une activité plus ou moins ludique, sans prise de responsabilité. Sa présence ne peut, en ce cas, que confirmer la toute puissance du modèle médical scientifique dont il se met à assurer une fonction d'émonctoire symbolique (" les symptômes " psy ", ce n'est rien !), ou réelle (" débarrassez-nous de ce malade " !). Daniel CHARDIN, dans sa thèse intitulée " La Psychiatrie à l'Hôpital Général " (Paris 1974), situe une certaine demande en ces termes : " Il s'agit habituellement de faire taire (au minimum), immobiliser ou évacuer un malade par le psychiatre ", tandis que

BEETSCHEN parle du paradoxe de cette " fonction hygiénique du psychiatre à l'hôpital général " en la rapprochant du terme " D'Hygiène Mentale " officialisé dans la plupart des dispensaires dits d'.... (Cours de Psychologie Médicale, Lyon 1976). CHARDIN en arrive à fixer un " schéma d'exclusion réciproque " entre le " psy " et le " somatique " qui souligne le caractère sadique-anal de la démarche et dont il parle en ces termes : " Dans la majorité des cas, la définition d'un cas psychique est une définition négative : le psychique n'existe que par absence d'organicité " avec le risque de survenue plus ou moins systématique du double pattern :

- essayer d'infirmier malgré tout l'hypothèse psychogène et tout sera mis en oeuvre pour trouver coûte que coûte une étiologie organique, ceci en général par le biais d'explorations paracliniques de plus en plus compliquées,

- l'affirmation du fait psychogène primant le reste, le malade devient un corps étranger dans un service où il n'a plus sa place.

Paradoxalement, plus le patient échappe au modèle scientifique qu'on lui propose, plus on pourrait entendre autre chose de sa souffrance et plus il est chosifié, jusqu'à ne plus rien valoir du tout et qu'on le " jette ". La voix d'Orson WELLS dans le film de François REICHENBACH " Vérité et Mensonge " semble y trouver un écho dans sa métonymie : " Les hommes de science nous parlent de l'univers comme s'il était à jeter ... " Le médecin qui s'engage dans cette voie semble s'éloigner de son rôle de thérapeute pour endosser celui de chercheur dont " un aspect primordial de la méthode d'analyse résiderait dans cette notion de vérification compulsionnelle traduisant le caractère conjuratoire de ces manipulations et permettant d'isoler, en reprenant la terminologie psychanalytique, la représentation de l'affect " (in " De la signification Psychologique d'un mode d'approche particulier dans le champ des

affections mentales : les recherches biochimiques sur la schizophrénie ", A. BROSSARD, Note de Recherche de Psychologie Clinique, LYON 1975). Un exemple illustrant cette fin peut être trouvé dans la communication faite à La Société Française de Psychanalyse le 28 mai 1956 par S. LECLAIRE avec le cas clinique de " Jérôme " (ou, " La mort dans la vie de l'obsédé ") dont les paroles sont rapportées : " J'étais sur les bords du lac de Garde. Le site était assurément admirable, mais j'y étais insensible, croyez-moi, je suis plus ému devant une belle carte postale ou devant les photos de mon voyage ". "L'horreur sacrée du réel" de Jérôme, n'est-elle pas à l'image de certaines pratiques médicales qui délaissent le malade au profit de l'examen méticuleux de son dossier scientifique ? Ce mode d'activité peut alors se mettre à évoluer préférentiellement pour isoler à partir du sujet malade plus ou moins chargé d'affect, un objet phénoménologiquement " froid " à investiguer jusqu'au bout. L'auteur de cette démarche peut même atteindre un certain état de dépersonnalisation et prendre, vis-à-vis de cette action particulière, une position psychopathologique apparentée à la psychose (à la limite, le bon docteur idéal de la journée peut devenir comme dans le film "Le Testament du Docteur Cordelier" un monstre sadique une fois la nuit tombée... La culture populaire est d'ailleurs riche de ce genre d'activité " médicale " paradoxale).

Ces transformations psychodynamiques limitées en secteur ont pour plaque tournante, le " mouvement anal " de la théorie psychanalytique à partir duquel et ce n'est sûrement pas là une simple coïncidence, "la réalité est reconnue comme autonome et différente de nos projections" (J. PELLET, Séminaire 1974). Elles peuvent aider à prendre conscience autrement que par la "sainte horreur" dont sont taxées habituellement ces pratiques extrêmes, du carrefour symbolique que peut représenter un symptôme clinique entre trois pôles d'intérêt en possible contradiction :

- celui du malade

- celui de la science
- celui du médecin.

Les risque de contradictions semblent augmenter proportionnellement avec une demande névrotique de soin dans la mesure où le symptôme " offert " (au sens de BALINT) a été associé au corps anatomique et biologique à partir de sa représentation interiorisée (" l'image du corps ") par un pont symbolique, vecteur d matériel inconscient déguisé par les processus psychiques défensifs (déplacement, condensation, etc...). Le symptôme se met alors à exister pour la conscience du patient comme un compromis, signant à la fois la réussite et l'échec du refoulement. Il en gardera une certaine ambivalence permettant de comprendre certains comportement tel celui décrit par BALINT comme "besoin compulsif d'avoir un " mauvais " médecin, inefficace et thérapeutiquement impuissant", (Le Médecin, son Malade et la Maladie).

Fort de sa science médicale, le médecin qui s'engage avec de tels patients dans une recherche étiologique, diagnostique et thérapeutique, peut entre autre :

- admettre plus ou moins rapidement qu'il est en échec
- masquer son échec en traitant le patient en simulateur,
- régresser avec un patient (qui parfois l'y encourage) en délaissant à la fois : . la science au profit de son idéologie (le " Scientisme "),
- . la "sublimation" qui consiste à soigner autrui au profit de la compulsion de chercher dont parlait A. BROSSARD et qui peut s'inscrire assez nettement dans le registre du refoulement (formation réactionnelle, formation substitutive).

Cette dégradation de l'attitude médicale peut à l'extrême dépasser le cadre de la névrose pour correspondre à ce

que MINKOWOSKI décrit dans son livre " La Schizophrénie " comme :
" La poursuite indéfinie et hors de propos de la réalisation de ses idées ".

Touché dans le domaine de sa puissance, le médecin peut ainsi devenir sa propre victime en se coupant de son malade. C'est "l'exil intérieur" (PUF 1975), décrit par Roland JACCARD en ces termes : " C'est le retrait de la réalité chaude, vibrante, humaine, directe et le repli sur soi, la fuite dans l'imaginaire ". Pour un psychiatre, la correspondance d'attitude peut l'amener à délirer avec un malade et dans tous les cas, la folie est véritablement malade de la folie dans une espèce de contagion qui gagne les comportements si, une certaine réflexion, une certaine distance, un certain temps ne viennent permettre autre chose.

La compréhension de ces entraînements extrêmes à partir des rencontres successives entre :

1 - le fantasme de la mort de l'autre (qui ne manque pas de nous renvoyer à notre propre mort),

2 - la structuration obsessionnelle de chacun (qui " peut être conçue en tant que refus redoublé de la possibilité ultime de notre propre mort ", S. LECLAIRE, cas " Jérôme "),

3 - les motivations inconscientes de toute puissance vis-à-vis de la mort qui orientent le choix de la profession médicale (Cf. CHARDIN dans sa thèse déjà citée, qui en fait une décision Siné qua none : " sans laquelle on ne serait pas médecin "...)

4 - l'impératif médical : " il ne faut rien laisser passer " qui peut passer pour corollaire des lois du refoulement psychique interne (particulièrement développé dans la névrose obsessionnelle).

Peut-on éclairer d'un jour nouveau ce qui est si souvent laissé à l'appréciation de " bon sens " ou de " morale " qui paraissent plus ou moins désinvestis dans la culture actuelle (en partie sans doute par leur manque d'étayage objectif) et auxquels la métapsychologie construite à partir de FREUD permet de suppléer, même si c'est en nous impliquant personnellement et en acceptant un raisonnement associatif.

Ce modèle d'évitement-confirmant n'a pratiquement pas existé dans le fonctionnement de notre expérience. S'il est possible de le rencontrer, la responsabilité en incombe à la fois aux psychiatres et aux médecins qui y entretiennent un jeu de cli-vage et de déni mutuel en même temps qu'ils régressent plus ou moins profondément dans le sens que nous venons de préciser. L'observation de Madame P... Aimée (qui en serait une candidate potentielle), peut montrer qu'il est possible de s'en dégager en investissant un modèle de concertation.

b - Le modèle de concertation sans hégémonie

C'est celui qui a prévalu au cours de l'expérience à partir des bases développées au début de ce chapitre. Il se rattache à une éthique historique du développement de la médecine : l'Ecole de Cos avec la figure légendaire d'HIPPOCRATE. Elle soutient une théorie dynamique et synthétique et qui déjà trouve ses opposants en l'Ecole de CNIDE dont le maître, GALIEN prônait une médecine d'organe à méthodologie mécanique.

Cette opposition primordiale dans le temps, ne peut manquer de renvoyer à l'ambivalence humaine. Dès qu'il était question des origines, de la vie, de la maladie et de la mort, les mythes de chaque culture ont pendant longtemps réussi à canaliser l'angoisse. (A titre d'exemple, Cf. CALAME-GRIAULE dans " Ethnologie et Langage : La parole chez les Dogon " Gallimard 1966).

Le mythe du modèle galénique avait cru trouver un apport décisif dans le développement de la science et de l'esprit cartésien. Cependant, sa crédibilité, à la mesure de son efficacité à restructurer l'espace et le temps sous forme de symbole, semble décroître (Cf. Ivan ILLICH : " Les garde-fous que constituaient les mythes traditionnels ont cédé " in Nemesis Médicale, Le Seuil, 1975) à une époque où le surcroît de sens que lui donne le poids des découvertes objectives, vient en limiter la portée fondamentale qui est du domaine du sacré. G. LACROIX écrit, à propos de cette période de croyance illimitée dans le rationnel qui avait permis à la médecine de cumuler les succès dans les domaines infectieux (PASTEUR) et neurologiques (CHARCOT), tandis que : " Paradoxalement, à vouloir trop approcher la médecine résolument organiciste de l'époque, jamais la psychiatrie n'en a été plus éloignée, réduite au rôle de gardiennage, inefficace totalement dans ses essais thérapeutiques et certainement iatrogène en chronicisant certains troubles " (La Psychiatrie à l'Hôpital Général - Thèse Besançon, 1973).

C'est sans doute FREUD qui, avec la découverte de l'inconscient, tentera de jeter les bases d'un rapprochement. Mais, la psychanalyse restera longtemps l'exclusivité thérapeutique des névroses, ne pénétrant pratiquement pas les asiles, tant le rapprochement médecine-psychiatrie restait le fruit d'expériences isolées. FREUD, en s'adressant à des médecins, se montrait pourtant convaincant : " On vous a habitués à assigner aux fonctions de l'organisme et à leurs troubles, des causes anatomiques, à les expliquer en vous plaçant du point de vue de la chimie et de la physique, à les concevoir du point de vue biologique, mais jamais notre intérêt n'a été orienté vers la vie psychique dans laquelle culmine cependant le fonctionnement de notre organisme si admirablement compliqué. C'est pourquoi vous êtes restés étrangers à la manière de penser psychologique, c'est pourquoi aussi vous avez pris l'habitude de la considérer avec méfiance, de lui refuser tout caractère scientifique et de

l'abandonner aux profanes, poètes, philosophes de la nature et mystiques. Cette limitation est certainement préjudiciable à notre activité médicale... " (Introduction à la Psychanalyse, PAYOT 1971).

Ce discours prend à postériori une dimension qui tient un peu de la prophétie. Il restera pratiquement lettre morte jusqu'à BALINT qui le reprendra en fondant les groupes qui portent son nom et qui permettent l'abord de l'aspect relationnel de la médecine à travers des études de cas discutés entre médecins généralistes et psychanalystes. Cette approche originale de la maladie fit le succès de la méthode et du livre qui la fonde " Le Médecin, son Malade et la Maladie " (PAYOT, Ed. de 1970) où l'on peut citer :

- une remarque qui ne manquera pas de passer pour originale, pour banale qu'elle soit à un observateur averti : " Toute maladie est aussi le " véhicule " d'une requête pour obtenir de l'amour et de l'attention ",

- des résultats au niveau d'un dépassement aux limites dont parlait FREUD, concernant l'activité médicale : " Au fur et à mesure que le groupe BALINT apprenait à voir plus de choses, de façon plus précoce et plus profonde, leur travail devenait plus compliqué et leurs responsabilités plus lourdes. Mais si tous s'en plaignaient, tous également trouvaient leur travail incomparablement plus intéressant et plus riche de récompense ".

La pratique, dans notre expérience de " concertation sans hégémonie " entre médecins et psychiatres, peut trouver dans le modèle du groupe BALINT une analogie importante car, assez souvent, les " cas " des patients étaient discutés en réunion d'équipe de psychiatrie où le Docteur PELLET prenait le rôle du leader psychanalyste, tandis que la compréhension des malades hospitalisés en cardiologie, (quelle que soit leur origine) devenait possible dans le secteur où venait buter le modèle médical traditionnel. C'est sans doute le fait de la reconnaissance de ces limites, antérieure à

l'arrivée du psychiatre, qui a contribué à l'instauration d'échanges fructueux entre médecine et psychiatrie, alors même que les psychiatres avaient de leur côté fait une démarche homologue. En reprenant la terminologie psychanalytique, l'acceptation mutuelle de la castration symbolique (représentée pratiquement par le double renoncement à la toute puissance du " somatique " ou du " psychique), a permis d'accéder à une réalité de la personne malade. Bien entendu, cette acceptation, ce renoncement, n'est pas à considérer naïvement comme une étape de maturité définitivement franchie. Ce franchissement est bien plutôt un travail de tous les jours ainsi que le laisse supposer la tentation, non moins quotidienne, dont parle VALABREGA : " Le prestige du médecin ne se réduit pas à l'argent, il le déborde beaucoup au contraire. Il comprend, bien entendu, le prestige de l'homme autorisé à enfreindre les tabous concernant le corps. Il comprend le prestige de sauver, de connaître, celui d'entrer en rapport intime avec des sujets humains, l'orgueil thérapeutique " (in La Relation Thérapeutique, Flammarion 1962).

Il est indéniable que le rapport médecin-malade débute sous le sceau du pouvoir et que ce pouvoir est tendant, pour ne pas dire grisant et, petit à petit, intoxiquant. Lorsqu'il s'agit de le partager dans une équipe de soin, les moments ne peuvent manquer où, le mirage de sa possession en totalité, tend à faire renoncer, pour quelque " raison " que ce soit, à l'hypothèse même de l'amputation d'une de ses parties, pour un autre qui se trouve alors relégué dans un rôle de rival intolérable et ne tarde pas à être exclu.

Une variante perverse à ce modèle, consisterait en l'utilisation du psychiatre comme fétiche chargé justement d'éloigner par sa présence, toute éventualité d'amputation, puisque le fétiche fait lui-même partie, au niveau fantasmatique, d'une possession de type totalitaire.

A un degré plus nettement névrotique, peut se dessiner

également un modèle phobique, le psychiatre est alors à l'image de la personne, voire de l'animal domestique, qui permet d'éloigner une menace d'anxiété, face à un évènement insupportable..., tout en étant réduit à la passivité puisque ce qui lui est demandé alors avant tout, est sa présence et pratiquement uniquement elle.

A un niveau sans doute encore plus proche de la " normalité ", le psychiatre peut, vis-à-vis d'un évènement connu pour être anxiogène par l'expérience de ses collègues médecins, se dégager d'un rôle de strict objet contraphobique pour parer au développement d'une pseudo phobie^{*}, permettant elle, un accrochage de la réalité vécue et, de fait, l'ouverture d'un dialogue concomitant de la prise de fonction effective du psychiatre.

En fait, dans notre expérience, c'est bien par un dialogue que se sont développées les relations entre les différents membres d'une équipe soignante qui a pu intégrer la fonction psychiatrique. Cette intégration, dans les conditions de soin qui nous étaient imparties par la présence même de malades " psy ", semble dépendre de la prise de position du psychiatre comme psychiatre parlant, en récusant dans ses rapports avec le groupe des soignants, le modèle du primat de l'écoute.

L'opposition entre ces deux modèles peut passer pour plus théorique que réelle, dans la mesure où la première, si elle prend le risque d'exercer à l'occasion une certaine séduction, voire une certaine suggestion, permet effectivement d'accéder à la seconde, tout en ne condamnant pas par la suite le recours à l'alternative. Dans le second cas, pouvoir se déparer du rôle de voyeur et même parfois de persécuteur qui est projeté si souvent par l'entourage (quand il n'est pas accepté comme " corollaire " de son engagement psychanalytique par un psychiatre cultivant, sous prétexte de sublimation, ses propres défenses !), paraît avoisiner la gageure, tant il peut s'apparenter à une conduite d'échec sans d'ailleurs que le

^{*} Une pseudo-phobie se développe à partir d'une situation anxiogène réelle, à l'inverse d'une phobie vraie où le conflit générateur est d'emblée symbolique.

choix de cette attitude puisse prétendre supprimer la suggestion.

• La conduite d'échec peut être illustrée par le rejet fréquent du psychanalyste (ainsi en convient le psychiatre n° 1 interviewé dans la thèse de Joëlle SIMON, " Rôle et Place du Psychiatre en Médecine Interne ", Marseille 1973, qui déclare durement : " Le psychiatre est rejeté par les autres médecins qui ne veulent voir que le côté organique de la maladie, peut-être en raison de craintes personnelles ... L'homme vivant n'a pas sa place à l'hôpital, c'est un homme mort, que ce soit dans les premiers contacts de l'étudiant avec lui (autopsies) ou dans les contacts ultérieurs (organe lésé). A la limite, on peut concevoir que le malade à l'hôpital ait chacun de ses organes étudié dans un service différent...").[‡] Cette vision, sans doute machiavélique, peut trouver son pendant dans certaines cures psychanalytiques où c'est le psychiatre qui se trouve " coincé " dans les règles de son propre jeu et est amené à interrompre la cure, à se démettre lui-même de sa fonction (ainsi, certains patients pris en analyse pour une symptomatologie névrotique, développent plus ou moins rapidement un délire de persécution typiquement psychotique). Le cadre même de la cure, échouant dans sa tentative de représentation de " neutralité bienveillante ", agit sur un contexte pulsionnel, sans qu'il soit toujours possible à l'analyste de mettre en avant une relation transférentielle d'ordre symbolique. L'imaginaire suscité par les positions respectives de l'analyste et de l'analysé se montre alors prévalant et impose sa réalité.

• Cet exemple montre combien il est délicat de prétendre supprimer la suggestion comme l'écrivent WATZLAWICK et Collaborateurs en termes de paradoxe : " L'analyste qui reste silencieusement assis derrière son patient allongé, ou la thérapeute "non directif" qui " ne fait que " répéter les paroles de son patient, exercent une influence colossale du seul fait de cette attitude, d'autant plus qu'on la définit comme " n'exerçant aucune influence " (in " Changements ", Le SEUIL, 1975). Il y a cependant lieu d'éviter une confusion entre influence et suggestion au sein même de la situation psychanalytique...

[‡] Joëlle SIMON remarque que le psychiatre en question n'a jamais participé à des réunions avec le personnel soignant du service ...

En quête d'une règle introuvable, mon attitude dans le service de médecine fut laissée au choix des situations qui se présentaient, tout en gardant à l'esprit ma qualité d'invité (du moins pendant la période de mes débuts, car ensuite il y a eu une mutation dans le sens de l'intégration au service, qui ne pouvait plus aller de pair avec cette qualité).

. Ainsi, le port d'une blouse blanche facilita, en les banalisant, mes premiers contacts, sans qu'un effet écran vienne compromettre par trop les possibilités relationnelles au cours des entretiens avec les malades (Cf. Observations). Une remarque cependant vient nuancer l'importance accordée à la tradition vestimentaire qui n'était peut-être pas respectée jusqu'au bout : le sarrau, en effet, restait le plus souvent entr'ouvert et n'était pas tout à fait la "carapace défensive" que certains psychiatres institutionnels ont fustigée.

. Ainsi, la rédaction d'un mot sur le dossier médical du service a permis, sans conteste, la transmission d'une information chez les soignants, en même temps qu'il contribuait à homogénéiser les statuts des malades " psy " et " non psy ". Pour limité que soit ce moyen, il peut effectivement (Cf. Interviews) autoriser le dépassement d'une explication objective ("Objectif est assez souvent utilisé au sens de : Rangez-vous à mon avis " - BALVET, Séminaire LYON 1976) ou d'un fixisme nosographique pour servir de canevas préalable aux discussions de vive-voix entre les membres de l'équipe, donc à une ouverture sur la compréhension des phénomènes psychiatriques. D'autre part, cette rédaction nous a semblé un moment fécond pour le psychiatre qui trouvait ainsi une occasion de faire lui-même le point (au sens marin du terme, c'est-à-dire connaître sa situation en un temps donné, alors que le voyage continue) et ainsi de mieux appréhender la réalité de son patient, en interrompant ce qui ne peut manquer de passer parfois pour une course à l'acte psychothérapique (L'affirmation de E. BERNE : " Le psychiatre se donne le droit de

s'écrier : " Un instant, je vous prie "... ce que ne font pas toutes les autres disciplines " (Des Jeux et des Hommes, STOCK 1975) pouvant tenir alors du paradoxe !).

. Que ce soit en ce qui concerne le port de la blouse ou la rédaction d'une observation, la participation à ces rituels médicaux, outre les intérêts déjà énoncés, permet de sécuriser le groupe soignant, vis-à-vis du nouveau qui introduit avec lui le psychiatre et qui ne peut guère éviter d'être, à des degrés plus ou moins accentués, vécu comme dangereux à un niveau fantasmatique. A l'encontre de A. MONTELLIER qui analyse " le vécu des équipes soignantes à l'Hôpital Psychiatrique " en ces termes : " déterminé inconsciemment dans une attitude régressive, le groupe est incapable de s'en sortir seul. La thérapie de l'équipe soignante doit précéder celle des malades " (Mémoire CES Psychiatrie, LYON 1973), mon impression va plutôt dans le sens d'une reconnaissance des qualités relationnelles de l'équipe du Professeur VERNAYRE (mises en évidence par les résultats thérapeutiques de malades particulièrement " difficiles " , Cf. Observation de Denise G... par exemple). Il est cependant possible, en reprenant une terminologie statistique, que les " populations de référence " ne soient pas superposables (Cf. Chapitre des réflexions sur la psychiatrie traditionnelle).

Deux remarques peuvent servir d'appoint, à postériori de mon impression :

1 - Au cours de notre expérience, si le temps accordé aux entrevues avec les malades par le psychiatre a été important (Cf. Tableau Général - Chapitre IV), celui qui était réservé aux discussions informelles entre soignants (il n'y a jamais eu de réunion officielle), n'en a pas pour autant été négligé. Les besoins de concertation à l'intérieur de l'équipe me semblent un élément essentiel à respecter dans la politique de concertation, en permettant une action homogène auprès du malade, ainsi que la résolution des conflits les plus anxiogènes qui peuvent se présenter. En outre, ils ne manquent

pas d'être formateurs dans la mesure où la pratique quotidienne peut y trouver un étayage théorique qui n'obture pas ses questionnements, mais aussi qui reste proche d'une réalité vécue (peut-être plus apte à être mémorisée qu'une leçon de l'apprentissage scolaire traditionnel).

2 - En reprenant l'hypothèse d'une " thérapie préalable de l'équipe de soin ", ne voit-on pas se profiler le paradoxe d'un diplôme de psychothérapeute avec le retour aux aléas des savoirs d'école (Cf. Les paroles de M. FOUCAULT : " A notre époque, l'expérience de la folie se fait dans le calme d'un savoir qui de trop la connaît, l'oublie "), tandis qu'une formation analytique obligatoire pour tous, ne manquerait pas de poser encore plus crûment une contradiction envers ce qui fonde la psychanalyse comme un engagement personnel...!

L'aboutissement de la méthode proposée pourrait viser à la généralisation d'institutions, type Ecole Orthogénique (fondée par B. BETTELHEIM pour les enfants psychotiques), ce qui représente une véritable utopie au point de vue économique et ne peut prétendre être adaptée aux soins de la psychiatrie courante.

Notre expérience stéphanoise a tendance à remettre en question cette surenchère systématique à la formation psychiatrique des infirmières ainsi hyperspécialisées, en regard du travail important effectué par celles de l'équipe de soin du Professeur VERNEYRE et quand on sait quelle inconnue représentait pour elles, la psychiatrie. L'extension de techniques psychothérapiques à la vie quotidienne de l'hospitalisé, paraît devoir poser plus de problèmes qu'elle n'en résoudrait dans la mesure où la simplicité et la spontanéité qui ont été de mise ici, ne pourraient plus exister là, qu'altérées. Un risque important de décalage avec le monde extérieur, en de tels lieux de traitement, pourrait alors créer un facteur de chronicisation

paradoxal, car allant à l'encontre des buts fixés.

A l'inverse, un monopole de la relation humaine ne saurait être attribué aux seuls psychiatres et de nombreuses personnes qui m'avaient été adressées pour " avis psychiatrique " sont allées revoir le médecin avec lequel un " accrochage " existait préalablement (Cf. Tableau Général). H. GRIVOIS dans un article intitulé " Les Malades, les Psychiatres et l'Hôpital Général ", campe ce paradoxe de tous les jours que renferme le médecin qui, plus ou moins à son insu, fait de la psychiatrie : " Pour le médecin hospitalier, c'est accepter un changement de rythme du médical au psychologique, c'est remettre en cause sa pratique personnelle, perdre la référence unique à l'organe ou au biologique pour tenir compte des champs inconscients, social, politique, selon le cas et avoir l'impression de perdre son temps ou de faire pure oeuvre humanitaire aux dépens d'une certaine idée de l'efficacité " (in-G.M. de FRANCE, n° 27 -14.9.73). Les avis demandés permettaient sans doute, ainsi que les discussions qui s'en suivaient, une pratique moins solitaire et n'empêchaient nullement une seconde visite en cas de difficultés nouvelles.

Enfin, la richesse des interviews montrera mieux que mon soliloque, à quel degré de concertation, l'équipe dans son ensemble médico-psychiatrique, avait accédé.

D - LE REMPLACEMENT DU SERVICE DE MEDECINE PAR LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

Ce ne devait pas être une surprise et pourtant les mêmes lieux connurent une nouvelle atmosphère qui rappelait, vue la taille, celle de l'hôpital psychiatrique.[‡] Comme l'a écrit CHARDIN dans sa thèse (déjà citée) : " L'absence de lits de psychiatrie dans l'hôpital ne paraît pas un handicap au contraire. Nous pensons en effet

[‡] De toute évidence ce rappel était très lointain pour ceux qui avaient connu l'Hôpital Psychiatrique, mais l'équipe du Docteur VERNEYRE n'avait pas cet élément de comparaison...

qu'un service de psychiatrie comportant des lits risquerait de re-
créer l'hôpital psychiatrique à l'intérieur de l'hôpital général et
 instituerait à nouveau de fait, une ségrégation ".

L'absence de lits " particuliers " pour les malades
 " psy " avait permis d'éviter cet écueil dans le service du Profes-
 seur VERNEYRE où, de fait, l'atmosphère avait su rester accueillante.
 La régression qui accompagne toute maladie, semble pouvoir prendre d
 allures assez différentes :

- . au cas où elle est sous tendue par une pathologie
d'organe, la limite donnée par le diagnostic médical paraît empêcher
 son extension au comportement,

- . au cas où elle est sous tendue principalement par une
pathologie psychique, le secteur de régression privilégié redevient
 comportemental et donne les tableaux curieux des couloirs d'hôpitaux
 psychiatriques,

- . au cas, enfin, où la maladie psychiatrique est pris
 en charge dans un service où le modèle prépondérant de malade est
 " organique ", tout se passe comme si une certaine obéissance à la
 loi du groupe se faisait d'elle-même et que la norme locale soit le
 plus souvent assez bien respectée. A la limite, on pourrait peut-
 être parler de surenchère organique du malade " psy " dans la mesure
 où les lipothymies, les vertiges, les tachycardies, augmentaient
 sensiblement de fréquence en début de séjour par rapport à leur taux
 en service spécialisé de psychiatrie. Ce détail accrédirait l'idée
 d'un " camouflage du fait psychiatrique à l'hôpital général " comme
 le laisse entendre P. GIRARD dans un article sur " La place de la
 psychiatrie et de la pathologie à l'hôpital général " (Cahiers Mé-
 dicaux Lyonnais, 9 Mai 1975). Les techniques de thérapies comporte-
 mentales utilisent d'ailleurs et dans d'autres buts, cette faculté
apparentée au mimétisme animal et la théorisation du " Modeling "
 ou de " l'affirmation de soi " permettent en rapport avec la notion
psychanalytique de régression (qui exacerbe les possibilités d'imi-
 tation héritées du monde de l'enfance), de mieux saisir ce paradoxe

La célèbre histoire de Charcot avec les hystériques devenues particulièrement difficiles à distinguer des épileptiques qu'elles avaient pris pour modèle, pourrait y trouver un étayage en même temps qu'elle confirmerait l'aptitude supplémentaire des hystériques à jouer avec leur corps (et ceci d'autant mieux qu'à leur insu !). Moins anecdotique, l'arrivée en hôpital psychiatrique d'un patient menacé dans son identité ne doit pas manquer, par les modèles de comportement qui y sont proposés, d'hypothéquer ses choix personnels quand ce n'est pas d'aller dans le sens même de la régression par un effet teinté fortement de séduction... (un effet plutôt aversif serait davantage le signe d'une rigidité des défenses du sujet).

Enfin, en quittant ce mode de fonctionnement psychiatrique dans le Service du Professeur VERNEYRE, où il m'était donné assez souvent de " faire un pas de côté " pour écouter un souffle ou discuter d'un électrocardiogramme, les paroles de LAURAS A. quant à : "L'impérieuse nécessité pour l'équipe psychiatrique de l'hôpital général de comporter à tous les échelons des médecins psychiatres ayant acquis cette formation supplémentaire et ayant conservé le goût de la médecine générale qui a tendance à s'estomper du fait même de leur spécialisation ..." (Concours Médical, 20 Déc.75), semblaient faire écho à celles de DAVID et coll. : " L'isolement qui fut le lot des hôpitaux psychiatriques, ne peut être toléré de nos jours et notre unité ne doit pas s'installer confortablement dans la sécurité de l'hôpital général sans échange de connaissances avec les spécialistes de diverses disciplines " (Information Psychiatrique, Mai 74).

Le temps du service militaire devait me donner le temps de réfléchir à ces mots, mais combien de psychiatres ont-ils l'occasion de les vivre en pratique ? Faut-il allier le paradoxe à l'utopie et créer des Groupes Balint à l'envers avec un médecin interniste leader ? ...



T A B L E A U G E N E R A L

D E S

M A L A D E S H O S P I T A L I S E S

Ce tableau n'est pas exhaustif des interventions du psychiatre et la plupart des patients de la période de début n'y figurent pas, les renseignements des dossiers étant insuffisants.

A minima, il permet de reconstituer une série de faits cliniques auxquels le lecteur peut se reporter.

NOM ET PRENOM	ORIGINE MEDICALE AGE - SEXE	CARACTERES NOSOGRAPHIQUES PSYCHIATRIQUES PREDOMINANT AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION	SIGNES ASSOCIES	
Melle A... Maria	Cardio 17 ans Féminin	Théâtralisme - labilité émotionnelle refoulement pulsionnel sexuel intolérance à la frustration <u>Diagnostic</u> : hystérie névrotique	Vertiges + " Perte de connaissance " de type Lipothymique	
Mme B... Marie- Louise	Cardio 78 ans Féminin	Confusion mentale + Délire interprétatif + Ritualisation des agis ++ Dépression +++ Idées de mort et d'incapacité ++ <u>Diagnostic</u> : Syndrome dépressif sur névrose obsessionnelle	Vertiges ++	
Melle B... Michèle <u>Observation n° 1</u>	Psy 18 ans Féminin	Signes de la série dépressive - perte des limites corporelles - délire à minimum + - thème d'étrangeté, de bizarrerie+++ - problématique de ses origines ++ - thèmes phobiques multiples - déréalisation de l'espace et du temps <u>Diagnostic</u> : Schizophrénie	Vertiges + Hypotension	
Mme B... Andrée	Cardio 78 ans Féminin	Refoulement pulsionnel sexuel Thèmes phobiques : serpents, vide, mal des transports, piqures. Histrionisme - Erotisation des rapports avec l'entourage - Manipulation de l'entourage <u>Diagnostic</u> : Hystéro-phobie névrotique	Mariée à un alcoolique Hernie hiatale Kyste de l'ovaire Hystérectomie totale Hémorroïdes - occlusion intestinale Angor (ECG normal)	
M. B... Marcel	Psy 49 ans Masculin	Syndromes dépressifs chez 'un rapatrié d'Algérie Mésentente conjugale avec tromperie mutuelle Crises d'angoisse <u>Diagnostic</u> : Hystérie	Vertiges	
Mme B... Jeanne	Cardio 51 ans Féminin	Syndromes dépressifs Ritualisation de la vie quotidienne notamment du " ménage " Mariée avec un alcoolique, toxico- maniaque <u>Diagnostic</u> : caractère hystérique avec composantes obsessionnelles	Cardiopathie nécessitant une intervention à coeur ouvert et pose de deux valves	30 j mois
Mme B... Agnès	Psy 73 ans Féminin	Démence sénile sur ancienne structure phobo-hystérique Relations mère-fille ambivalentes Manipulation de l'entourage +++ <u>Diagnostic</u> : Démence artériopathique	Obésité Bronchite chronique	26 atte plac
M. C... Charles	Psy 17 ans Masculin	Repli sur lui même +++ Période mutique entrecoupée de périodes agressives S'enferme dans sa chambre Hospitalisation autoritaire sans mesure légale Délire paranoïde <u>Diagnostic</u> : Schizophrénie		40
M. C... Serge	Psy 21 ans Masculin	Tentative de suicide (somnifères) Syndromes dépressifs à participation sinistrosique secondaire à la prise en charge neurologique	En convalescence d'hé- matome extra-dural (Trépanation)	5

TRAITEMENT CHIMIOThERAPIQUE	TEMPS ACCORDE AUX ENTRETIENS PSYCHOTHERAPIQUES	COMPOSITION DE LA CHAMBRE D'HOSPITALISATION	EVOLUTION
antidépresseurs anticholinergiques gammatil	2/H semaine	3 lits avec deux malades de cardio	Pas de prise en charge possible car n'est pas venue à deux ren- dez-vous successifs. Retour aux généralistes
antidépresseurs modulateurs sébraux en fusion	3/H semaine	2 lits avec un malade de cardio	Assez bonne adaptation à la vie de résidence de personnes âgées sous réserve de maintien des antidépresseurs.
antidépresseurs anticholinergiques anticholinergiques card	4/H semaine	3 lits avec deux malades psy	Reprise du travail et réinsertion sociale stéphanoise
psychotoniques anticholinergiques	prise en charge ponctuelle visant à faire la part du subjectif dans ses crises d'angoisse	3 lits avec deux malades de cardio	Pas de prise en charge, vu la bonne relation existant avec son médecin traitant
fusiones d'anti- resseurs tanalep- ues cardio- culaires os : neurolepti- s sédatifs le r	1/H semaine	2 lits avec un malade de cardio	Reprise du travail et peu de temps après, décompensation de sa femme sur un mode dépressif analogue (traitement en hôpital de jour)
antidépresseurs isifs et Dépanide anticholinergiques le r	Prise en charge préalable à une hospitalisation en consultation externe 1 H/mois - 2 H/semaine pendant hospitalisation. Reprise des consultations sur demandes conjugues de la patiente et de son cardiologue après séjour en maison de repos	3 lits avec deux malades de cardio	Alors qu'un divorce est envisagé, le mari victime d'une cyrose et d'un délirium tremens voit la mort de près et renonce effectivement à boire. Déménage à la campagne où ils passent désormais leur retraite
modulateurs sébraux anticholinergiques et anticholinergiques atifs	Entretiens ponctuels courts sans aucun résultat	3 lits avec deux malades de cardio	Orientation vers hospice de vieil- lards à section psychiatrique
anticholinergiques ards anticholinergiques atifs le soir antidépresseurs isifs	4/H semaine, puis changement de thérapeutes multiples en raison du changement de région et d'in- disponibilité temporelle des soignants après l'hospitalisation	3 lits avec deux malades de cardio	Echec de l'orientation vers un centre spécialisé pour conva- lescence de maladie mentale avec reprise des études secondaires sur place (apprentissage de la toxico- manie). Retour dans la famille puis retour dans le service de psychia- trie
antidépresseurs isifs + anxi- tiques éventuels fusiones d'anti- resseurs d'an- lytiques	3/H semaine centrées sur la ré- assurance narcissique et l'as- surance qu'il était bien toujours le même malgré sa trépanation Post-cure 1 H/semaine pendant un mois, puis arrêt	3 lits avec deux malades de cardio	Cicatrisation de la blessure nar- cissique secondaire à l'interven- tion neuro-chirurgicale. Bonne reprise en mains de ses problèmes Travaille aujourd'hui dans les Eaux et Forêts - Va se marier

Mme D... Monique	Cardio 43 ans Féminin	Syndromes dépressifs Symptomatologie à prédominance hystérique qui s'avérera compensatoire d'une structure psychotique six mois après Enormes problèmes conjugaux Relation fusionnelle à la mère Sadisme du mari Père éthylique	
M. D... Charles	Cardio 66 ans Masculin	Interprétation subdélirante d'une part de son entourage et d'autre part du monde où " tout est pourri " Défenses sadiques-anales avec tentative de sublimation sociale (est Président-Fondateur d'une ligue de lutte anti-droque) <u>Diagnostic</u> : Psychose paranoïaque	Arthérite des membres inférieurs Infarctus Insuffisance cardiaque
M. F... Yves	Cardio 26 ans M	Douleurs erratiques - syndromes dépressifs - sentiment de dévalorisation Céphalées invalidantes et capricieuses Tendance à passage à l'acte Délit (vol de voiture) Père alcoolique et sadique Mère autoritaire, sans affection Education d'autodidacte <u>Diagnostic</u> : Psychopathie	Tachycardie Tremblements Anorexie
M. F... Christian <u>Observation n° 7</u>	Psy urgence 17 ans Masculin	Dépersonnalisation +++ Imaturité affective majeure sous le masque d'un narcissisme psychotique Rationalisation de la sexualité Dépression ++ Automatisme mental ++ <u>Diagnostic</u> : Invasion schizophrénique au début	Rhume des foins Alcoolisme aigu
Mme F... Christiane	Psy urgence 27 ans Féminin	Tentative de suicide par phlébotomie des deux poignets Syndrome dépressif ++ <u>Diagnostic</u> : Névrose hystérique	Spasmes gastro-intestinaux Vertiges - hypotension orthostatique - mère dépressive - pertes blanches
M. F... Charles <u>Observation N° 3</u>	Cardio 71 ans Masculin	Syndrome dépressif chez une personnalité fortement teintée de paranoïa Jeux hystériques du genre : personne ne m'aime Somatisation ++ <u>Diagnostic</u> : Caractère paranoïaque	Insuffisance cardiaque O A P
M. G... Claude	Cardio 64 ans Masculin	Syndrome dépressif réagissant mal aux antidépresseurs <u>Diagnostic</u> : Dépression organique, (secondaire à néo du foie)	Insuffisance cardiaque
Mlle G... Liliane	Psy 42 ans Féminin	Imaturité affective ++ Thème persécutoire ++ Ambivalence +++ Dépression +++ Flou de l'identité Rigidité des défenses <u>Diagnostic</u> : Paranoïa sensitive	Ulcère du bulbe duodénal Rhumatisme articulaire aigu ancien, sans séquelles
Mlle G... Denise <u>Observation n° 9</u>	Psy urgence 17 ans Féminin	Délire mal systématisé Hallucinations auditives et visuelles Syndrome d'automatisme mental Thème de culpabilité pseudo-mélancolique Persistance des défenses hystériques <u>Diagnostic</u> : Invasion schizophrénique	Dyesthésies variées
M. G... Michel <u>Observation n° 4</u>	Psy urgence 24 ans Masculin	Délire mystique Syndrome persécutoire flou Dépression ++ Déstructuration du temps et de l'espace <u>Diagnostic</u> : Schizophrénie	
Mme G... Marie-louise	Psy 49 ans	Syndrome dépressif à pôles mélancoliques Impression de fin du monde en rapport avec sa culpabilité extrême	Palpitations

tiques	4 H/semaine	3 lits avec deux malades de cardio	Réintégration de la maison de retraite - Prise en charge laissée aux soins des cardiologues.
ons d'anti- eurs tiques	2 H/semaine	3 lits avec deux malades de cardio	Retour aux somaticiens qui confirment un néo du foie
ons d'anti- eurs insuline	3 H/semaine	3 lits avec deux malades de cardio	Echec de la mobilisation des défenses par l'insuline. Refus de toute prise en charge qu'elle ne peut pas manoeuvrer
ptiques resseurs tiques en on	2 H/jour pendant les 15 premiers jours d'hospitalisation Puis changement de semestre (nouvel interne)	1 lit	Regagne son pays natal dans le Nord un an après. Visite de courtoisie où elle apparaît sans traitement Hypomaniaque
ptiques resseurs	2 H/jour	3 lits avec un psy et un cardio	Interruption de la psychothérapie engagée à raison de 2 heures par semaine par la mère, au bout de quatre mois
resseurs en ons ptiques s tiques	3 H/semaine	2 lits avec un malade de cardio	Consultations mensuelles Pas de rechute sous couverture d'antidépresseurs
presseurs fs il 600 mg ytiques	Echec répété des tentatives d'établissement d'un transfert, aussi bien avec un thérapeute homme qu'avec un thérapeute femme - 2H/semaine	3 lits avec deux malades de cardio	Si l'hospitalisation dans le service a été couronnée de succès il n'a pas été possible d'y donner suite, la patiente n'ayant pas perçu l'intérêt de ces rendez-vous de psychothérapie qu'elle "oubliait" systématiquement. Un an après, délire aigu.
eptiques etard un mé le soir de 3 c ytiques	2 H/semaine à partir de la prise en charge de soutien au cours d'un épisode douloureux secondaire à son arthérite des membres inférieurs	1 lit	Assez bonne relation établie avec le Docteur S... qui continuera de la suivre
presseurs ytiques de	Prise en charge ponctuelle 2 H pendant l'hospitalisation	3 lits avec deux malades de cardio	Malade fragile auquel on n'a pas proposé de prise en charge étant donné l'éloignement de son domicile (100 km de St-Etienne)
eptiques presseurs	2 H/jour pendant l'hospitalisation	3 lits avec un cardio et un psy	Prise en charge sous forme de psychothérapie de soutien une fois par mois - Evolution sur un mode obsessionnel
presseurs rtiques er, potamine	3 H/semaine	3 lits avec deux puis un seul malade de cardio	Reprise de travail à la sortie de l'hôpital. Prise en charge ponctuelle. Dit aller très bien deux ans après

M. K... Amar	Psy 37 ans Masculin	Ejaculation précoce Syndrome dépressif +++ Hypocondrie <u>Diagnostic</u> : Syndrôme dépressif chez un transplanté	Algies erratiques	
Mme L...Françoise	Psy 36 ans Féminin	Intolérance à la frustration Histrionisme +++ Tendance fusionnelle de la personnalité Problèmes conjugaux +++ Passivité ++ <u>Diagnostic</u> : Hystérie grave	Vertiges Céphalées	
Melle L...Claude	Psy 22 ans Féminin	Tentative de suicide aux Imipramines Fugue Etat d'excitation après absorption d'alcool <u>Diagnostic</u> : Névrose hystérique	Nystagmus (EEG normal)	
Mme M... Josette	Cardio 53 ans Féminin	Dépression +++ Episode délirant à thème éroto-maniaque <u>Diagnostic</u> : Structure limite bouffées psychotiques	RMIA sur RAA Embolie artérielle	plu sé 15
M. M... André <u>Observation n° 2</u>	Psy 42 ans Masculin	Fuite en avant Accidents de voiture multiples Syndrome dépressif Insomnies <u>Diagnostic</u> : suspicion de structure phobique		
M. M... Marius	Cardio 53 ans Masculin	Méticulosité - ritualisation de l'exis- tence - peur de ne pas pouvoir contrôler et se contrôler. <u>Diagnostic</u> : caractère obsessionnel	Infarctus Vertiges	
M. M... Paul	Cardio 45 ans Masculin	Insomnies +++ Menace de suicide <u>Diagnostic</u> : Angoisse prémortem	Insuffisance cardiaque terminale secondaire à un infarctus	12
Mme O...Chantal	Psy 24 ans Féminin	Labilité affective Somatisation de l'angoisse Tentative de suicide par phlébotomie et médicamenteuse Investissement de la maladie +++ <u>Diagnostic</u> : hystérie	Vertiges	
Mme O...Thérèse	Psy 56 ans Féminin	Syndrôme dépressif avec thèmes phobi- ques ++ Apragmatisme ++ Manipulation de l'entourage ++ Asthénie Cauchemars + Insomnies + Hyperactivité professionnelle dans les antécédents <u>Diagnostic</u> : Hystérie prégénitale	Vertiges ++	21 con
Mme P... José- phine <u>Observation n° 6</u>	Psy 75 ans Féminin	Dépression+++ à thème mélancolique ++ Ritualisation +++ Mise à distance des affects +++ <u>Diagnostic</u> : syndrome dépressif sur structure obsessionnelle	Vertiges de Ménières Syndrome de Raynaud	
Mme P... Aimée <u>Observation n° 8</u>	Cardio 58 ans Féminin	Hypocondries +++ Théâtralisme +++ Egocentrisme +++ Investissement de la maladie +++ <u>Diagnostic</u> : Structure hystérique	Insuffisance cardiaque Antécédents d'hyper- thyroïdie (nodule toxique opéré)	

photoniques antidépresseurs	Malade privé suivi par le Docteur PELLET	3 lits avec deux malades de cardio	Départ en maison de repos Conseil : un retour en Algérie
Fusions d'anti- dépresseurs	Malade privée suivie par le Docteur PELLET pendant un temps puis par un psychothé- rapeute lyonnais	2 lits avec un malade de cardio	Est allée en maison de repos Série de tentatives de suicide terminée par un exstus médi- camenteux.
antidépresseurs	Malade publique Docteur PELLET	3 lits avec deux malades de cardio	Ne fréquente plus le Service
ropleptiques isifs et chotoniques	Malade suivie personnellement par le Docteur PELLET	2 lits avec un malade de cardio	Intervention ponctuelle Traitement chimiothérapique
fusions antidépresseurs	2 H/semaine	2 lits avec un malade de cardio	Prise en charge ponctuelle ayant suffi au rétablis- sement
antidépresseurs isifs et datifs	2 H/semaine	3 lits avec deux malades de cardio	Consultation mensuelle de soutien
ychotimiques riolytiques ropleptiques isifs et sédatifs	Vu 3 heures, puis décès	2 lits avec un malade de cardio	Prise en charge préagonique
fusions d'anti- dépresseurs	3 H/semaine	2 lits avec un malade de cardio	Impossibilité pratique de prise en charge, car vient toujours en- dehors de ses rendez-vous
fusions d'Ana- nil antidépresseurs atif per os	2 H/semaine	2 lits avec un malade de cardio	Psychothérapie de soutien ins- tituée à raison de une heure par semaine depuis deux ans
antidépresseurs en fusion puis per	1 H 30/semaine en trois fois par contrat	3 lits avec deux malades psy	Consulte régulièrement 1/2 h à 3/4 d'heure par mois depuis son départ du service - Autonomie satisfaisante sans antidépresseurs
antidépresseurs matil ydroergotamine	3 H/semaine pendant l'hos- pitalisation, puis une heure tous les 15 jours à sa sortie et enfin une heure par mois 3 mois après sa sortie	2 lits avec un malade de cardio	Remise en question du bon résultat de la psychothérapie dont les mo- dalités sont analysées dans l'observation jointe

Mme R... Emilie	Cardio 48 ans Féminin	Toxicomanie aux amphétamines Dans les antécédents, traitée par électrochoc et cures de sommeil Syndrome dépressif +++ Problèmes familiaux +++ Rigidité défensive +++ <u>Diagnostic</u> : Structure hystérique grave	Eréthysmes cardiaques	3
Melle R... Féli- cie	Psy Urgence 22 ans Féminin	40 tentatives de suicide dans l'année d'hospitalisation comportement séducteur flou de la pensée Narcissisme +++ Relation fusionnelle à la mère ++ Syndrome persécutoire par rapport à l'oncle Polyphobies Tabou de la sexualité+++ <u>Diagnostic</u> : Etat limite	Vertiges Tachycardie anxiogène	1
M. R... Roger	Psy 54 ans Masculin	Syndrome dépressif +++ Ambivalence +++ Doute typiquement obsessionnel Déstructuration du temps et de l'espace Diagnostic : Névrose obsessionnelle	Vertiges Hypotension ortho- statique	2 co
Mme V... Emma <u>Observation n° 5</u>	Cardio 55 ans Féminin	Somatisation +++ Relation sado-masochiste avec le mari ++ Hystérionisme ++ Egocentrisme +++ Relation ambivalente avec la mère +++ <u>Diagnostic</u> : Structure hystérique	Nausées Vomissements Lipothymie	2

idépresseurs
sifs et sédatifs
tropes et vasodi-
lateurs cérébraux
cocktail I.V.
son de repos, un

3 H/semaine pendant
l'hospitalisation

2 lits avec un
malade de cardio

Consultation de une heure par
mois avec participation fré-
quente du mari. Séparation
d'avec le milieu familial
nécessaire épisodiquement

idépresseurs
sifs et sédatifs
roleptiques sé-
ifs à posologie
iolytique

3 H/semaine

3 lits avec deux
malades psy

Ambivalence concernant les dates
et les heures des rendez-vous
qui aboutira à un épisode déli-
rant après rupture thérapeutique
Nouvelle prise en charge visant
au préalable à la dégager de cette
compulsion de répétition

idépresseurs en
fusion
iolytiques à la
ande

1/2 H trois fois par semaine

3 lits avec deux
malades de cardio

Pas de nouvelles du malade
depuis la Maison de Repos

idépresseurs
s un second
ps

2 H/semaine

3 lits avec deux
malades de cardio

Prise en charge, remise aux
soins du cardiologue avec
lequel elle a une bonne
relation

IV - OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation n° 1 - Melle Michèle B...

AGE : 21 ans

I - STRUCTURES PARENTALES

- PERE : petit artisan menuisier

âgé de 61 ans

atteint d'hépatite virale en 1963, depuis en mauvais état de santé. Il travaille actuellement comme salarié chez le fils aîné qui est devenu le patron de l'atelier de menuiserie.

- MERE : âgée de 59 ans

Bonne santé, n'a jamais travaillé.

a mis au monde neuf enfants, dont cinq vivants

- . 1 fils mort-né prématurément à 7 mois
- . 1 fils vivant âgé de 38 ans
- . 1 fille vivante âgée de 32 ans
- . 1 fils mort à l'âge de un mois
- . 1 fils mort-né prématurément à 8 mois
- . 1 fille morte à la naissance
- . 1 fille, Marie-Thérèse née en 1950, mariée
- . 1 fille, Colette née en 1951, célibataire
- . 1 fille, Michèle née en 1953, célibataire.

II - RAPPORTS PARENTS-ENFANTS

La mère situe les enfants de la manière suivante : " Il y a le garçon et la fille d'avant la guerre et les trois petites après la guerre ". Elle ne prénomme pas les enfants, mais en parle dans les termes suivants : -"celle de 1950.",
- "celle de 1951.",
- "celle de 1953-".

Michèle se situe la dernière dans cette fratrie : " Je suis la seule à avoir un groupe sanguin A- ; tous les autres sont A+ ", ce qui m'amènera à reprendre avec elle les lois de Mendel dont l'explication fait repousser le problème à un niveau plus profond : " Qu'est-ce alors que ma mère qui ne fait que des enfants morts ? " Question que seule la psychothérapie peut dépasser.

III - ANTECEDENTS PERSONNELS

Michèle vient en consultation chez le Docteur PELLET adressée par le Docteur MAISONNEUVE. Le diagnostic d'admission est : invasion psychotique.

Lors de cette première consultation, Michèle est là et n'est pas là, regarde et ne regarde pas. Jolie, elle cache souvent son visage avec ses longs cheveux. Michèle reste en fait dans un état de torpeur et répond peu aux questions. Elle décide de passer le bac pour la troisième fois.

Un traitement ambulatoire est prescrit :

- . DOGMATIL FORT - 3c par jour
- . VALIUM 30 mg par jour.

La première journée de l'examen est bien supportée. Elle téléphone le matin tellement l'angoisse est grande, mais finalement elle peut continuer les épreuves de l'examen jusqu'au bout.

Je note lors du premier contact à l'hôpital :

- . qu'elle parle de moi comme du " directeur MASSARDIER " qui est là et puis plus là.

- . qu'elle ne veut pas voir sa mère, puis accepte de la voir.

- . des sentiments de toute puissance qui jouent un rôle antidépresseur face à son échec au Bac.

- . des crises d'angoisse. L'incohérence du discours rend pour l'instant une approche psychothérapique difficile qui est prudente et simplement sécurisante en remettant le plus possible Michèle dans la réalité de ses anciennes relations qu'elle ne se donne plus le droit de continuer à fréquenter : " J'ai été folle, je ne peux plus les voir ".

Cet état psychotique est resté très probablement larvé depuis plusieurs années. Les évènements déclenchants :

- . Traumatisme affectif qui a dévalorisé l'image maternelle vers l'âge de 12 ans (sa mère devant un des professeurs de Lycée de Michèle avait affirmé sans plus d'égards : " Ma fille, ce n'est rien. Elle a tort, elle est incapable de rien "). La mère de Michèle parle d'ailleurs de cet épisode en ces termes : " Michèle est malade depuis que je ne l'ai pas soutenue devant son professeur. C'est de ma faute ". (Cf. HESNARD, " L'Univers Morbide de la Faute ").

- . Maladie du père, Michèle avait 10 ans.

- . Difficulté d'identification par rapport à ce dernier avec le " père-frère " aîné qui en fait a le " phallus ".

- . Tentative de viol par le " petit ami " de sa soeur alors qu'elle s'identifie fortement à cette soeur, Colette, avec qui elle entretient une relation fusionnelle comme en témoignent ses paroles successives : " On sortait ensemble, on faisait tout

ensemble ", " Est-ce qu'on a couché toutes les deux avec lui ? ", paroles chargées au fond d'ambivalence puisqu'elle termine : " Est-ce qu'il faut que j'aïlle à confesse ? ".

IV - HISTOIRE ACTUELLE

Quand elle rentre en milieu hospitalier dans le Service du Docteur VERNEYRE, l'entretien est difficile car l'incohérence de la pensée est grande. Les thèmes sont la honte, la culpabilité, la recherche de l'homme qui serait le frère tendre et ferme.

On note :

- . La difficulté à se situer par rapport à sa soeur Colette (où finit Colette, où commence Michèle ?),

- . La difficulté, ici, à se situer par rapport aux membres de l'équipe de soin. Elle me dira notamment : " quand vous partez, vous emportez une partie de moi ". Ses difficultés d'identification et de perception de sa propre réalité semblent pouvoir être mieux comprises si l'on tient compte de la qualité des " Imagos parentaux" introjectés,

- . L'image maternelle mauvaise et destructrice,

- . L'image apeurée du père : " Il ne me parle jamais, mais je le crains ".

- . La référence au frère aîné âgé de 38 ans qu'elle identifie au père, imbroglio dans les relations masculines qui sont celles de sa soeur puis les siennes ; relations sexuelles chez sa soeur, non sexuelles chez elle : " J'ai peur du mâle ".

En fait, Michèle a très peur de ce qui est pulsion.

V - COMMENTAIRES A L'OBSERVATION DU SERVICE CI-DESSUS

Michèle B... est sortie de l'hôpital en Juillet 1973. Depuis septembre, elle bénéficie d'une séance de psychothérapie

hebdomadaire. Michèle va mieux. Elle est cependant encore figée et a toujours quelques difficultés à se situer dans la réalité, mais elle semble avoir retrouvé, ne serait-ce que partiellement, des défenses hystériques et maniaques.

Pendant un an, elle prendra :

- . MODECATE 25 mg - 1 IM/mois
- . SINEQUAN 50 x 30.

A lire ses poèmes, elle accède maintenant à une philosophie humaniste : " Je ne peux pas manger quand d'autres ont faim, Je ne peux pas m'acheter une robe quand d'autres sont obligés d'aller nus "... On croit lire l'Etat de Siège de CAMUS.

Michèle a réintégré la Société. Elle travaille depuis presque deux ans et garde des relations solides avec le service, bien qu'elle se soit pratiquement prise en charge elle-même depuis un an environ. Comme d'ailleurs plusieurs de nos " clients ", elle se réserve le droit de nous demander un rendez-vous quand elle ne voit plus très clair dans ses problèmes, cet accord de principe traduisant je pense, la qualité d'une relation établie au cours d'une maladie grave et dans un cadre culturel plutôt défavorable à la folie. Nul doute que le lieu de rencontre, hôpital général plutôt qu'hôpital psychiatrique, facilite ces échanges à postériori de la maladie. Le " malade " n'ayant plus à supporter le poids des fantasmes archaïques de rejet social de la psychiatrie en regard de ses propres problèmes psychologiques qui peuvent ainsi retrouver rang parmi les autres maladies, quand ce n'est pas les prévenir.

Observation n° 2 -- Monsieur M...

- AGE : 42 ans.

I - STRUCTURES PARENTALES

- PERE : Travaillait à l'E.D.F.

Fumait beaucoup (comme son fils).

Il est décédé il y a deux ans d'un cancer au poumon qui s'est généralisé.

Très émotif, il se faisait beaucoup de souci pour " rien " - (Moi, je ne suis pas du même genre, je suis plus casse-cou, fonceur ; même si je fais une grosse " connerie ", je ne le regrette pas, c'est fait, c'est fait).

Il est à noter que son fils n'a jamais osé prendre la direction d'une affaire alors qu'il s'en sentait très capable, tant que son père est resté vivant (il aurait fait faire trop de souci à ce dernier).

- MERE : Moins émotive que mon père.

Il a été élevé par elle " uniquement par elle " (n'a jamais été mis en nourrice).

Elle ne travaillait pas, plutôt coquette : " elle aimait se montrer à son avantage, s'habillait bien ", " plutôt orgueilleuse ".

II - RAPPORTS PARENTS-ENFANT

Notre malade est fils unique. Il ne sait pas exactement pourquoi il l'est et bien qu'il aurait aimé un frère ou une soeur, il n'en a jamais parlé à ses parents.

Au point de vue de ses confidences, il affirme les faire aussi bien à l'un qu'à l'autre de ses parents, mais il rajoute : " de toute façon, je me confie très difficilement ".

Depuis son mariage à 23 ans, il existe une antipathie mère-belle-fille (antipathie notoire). Elles ne se voient jamais, ne se rendent jamais visite. Elles ne se parlent pas, " ceci après des racontars de quartier vis-à-vis desquels sa femme se serait montrée particulièrement sensible ".

Aujourd'hui, alors qu'il est hospitalisé, il ne le dira pas à sa mère pour ne pas lui faire du souci.

Sa mère vit seule à Saint-Chamond depuis qu'elle a perdu son mari il y a deux ans. Son fils va régulièrement lui rendre visite une fois par semaine.

III - MARIAGE

A 23 ans, mariage à la fois sentimental et réfléchi, alors qu'il a déjà connu d'autres femmes. Sa future épouse lui " plait globalement ".

On note des affinités de caractère entre les deux membres du couple : - en ce qui concerne le travail, " il faut toujours qu'il fassent quelque chose ",

- ils se confient difficilement.

Sa femme qui a fait une déviation de colonne vertébrale dans l'enfance a fait plusieurs sciaticues et a trois disques intervertébraux " écrasés ". Elle consulte plusieurs rhumatologues (Docteur DOMENACH), fait plusieurs cures à Aix-les-Bains.

Ils auront une seule naissance, une petite fille qui a 13 ans maintenant : " intelligente, travaille sans effort comme son père ".

Il aimerait bien avoir d'autres enfants, mais sa femme n'en veut pas à cause de sa colonne vertébrale. Ils n'utilisent pas

de méthode anticonceptionnelle, si ce n'est le fait qu'ils " se gênent ", ce qui leur convient disent-ils.

IV - HISTOIRE PERSONNELLE

- . Enfance timide
- . Intelligence supérieure à la moyenne. A 16 ans, il obtient le Bac Technique.
- . Anti-militariste, il se fait réformer par "piston" pour une maladie de coeur qu'il n'a d'ailleurs jamais eue.
- . A 17 ans, il commence à travailler dans une boîte industrielle " comme ses copains sans diplôme ", comme ajusteur, sans tenir compte de son Bac Technique.
- . Rapidement, il est placé au Service des Ventes, mais alors qu'il a 27 ans l'usine est transférée dans une autre région et il décide de rester sur place en se faisant licencié, car " il a ici sa famille ".
- . A 28 ans, il entre dans une autre entreprise où il travaille beaucoup, mais qu'il quitte après un désaccord avec son patron sur un " coup de tête ". Il reconnaît faire beaucoup de choses, avoir fait beaucoup de choses sur " coup de tête ".
- . Il n'y a que depuis deux ans qu'il est directeur d'une entreprise à lui (après la mort de son père qui l'a rendu indépendant).

V - HABITUDES PARTICULIERES

- . Il ne déjeûne jamais le matin car " rien ne passe ".
- . Il a toujours roulé très vite en voiture : " je me sens heureux quand j'accélère ".
- . Ses associés de travail lui reprochent de travailler jour et nuit. Il touche à tout dans l'usine qu'il possède, faisant

à la fois la comptabilité, les factures, les paies, les voyages d'affaire et n'hésitant pas à mettre la " main à la lime ".

VI - ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

. 1963 : péritonite sur tendance générale diarrhéique (il a souvent de petites coliques qui durent trois ou quatre jours et qui passent toutes seules).

. 1965 : Il est opéré d'un kyste à la gorge qui lui donne des dysphagies et dont il n'a plus entendu parler.

Il n'a jamais séjourné hors de France et ne s'est jamais fait faire un bilan à ce sujet.

. 1971 : A la suite d'un accident de voiture, il est opéré d'un kyste à la colonne cervicale.

VII - HISTOIRE ACTUELLE

Début il y a deux ans par des insomnies chez un malade qui n'a jamais beaucoup dormi (il lui arrive de faire son courrier ou sa comptabilité à deux heures du matin), alors qu'à six heures il était au travail le lendemain.

Il a pris divers somnifères qui sont toujours restés sans effet (barbituriques, Mogadon, Théralène).

C'est le Docteur ROBERT qui l'adresse au Docteur PELLET en Juillet 1974 devant l'aggravation symptomatologique : " le moindre effort devient une montagne ", une fatigue générale l'ayant envahi.

On décide l'hospitalisation à l'Hôpital de jour pour un traitement anti-dépresseur habituel (perfusions d'ANAFRANIL, HEPTAMIL, SINEQUAN 50, PROMOTIL).

En deux ans, 1971-1972, il a eu quatre accidents de voiture graves : deux voitures réduites à néant et une qui a brûlé, qui n'ont pas changé son mode de conduite automobile.

VIII - COMMENTAIRES A L'OBSERVATION DU SERVICE CI-DESSUS

Ayant passé avec Monsieur M... un contrat de soin qui prévoyait une série de 21 perfusions, mais qui ne prévoyait pas par contre mon départ en vacances, le problème s'était posé entre une modification du contrat, en diminuant le nombre de perfusions et son maintien en me faisant remplacer par mon collègue Interne de Cardiologie, en l'occurrence Michel LAMAUD. Ce fut la deuxième solution que l'on retint, étant donné que Monsieur M... était un malade privé du Docteur PELLET et qu'il n'avait donc pas été entrepris avec lui une démarche psychothérapique. A posteriori, il s'avéra que c'est avec un certain plaisir que mon ami LAMAUD me remplaça, même s'il me le conta en restreignant l'importance du fait que " Monsieur M... n'était pas resté assez longtemps ". Comme il le dit dans son interview, il est remarquable de constater la portée pratique du "terrain d'entente de départ qu'est la psychopharmacologie" en continuité directe avec le savoir médical classique et qui pourtant débouche directement sur la dynamique psychologique des maladies mentales.

(CF. BALVET P. Ebauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine - LA RELATION MEDECIN MALADE AU COURS DES CHIMIOTHERAPIES PSYCHIATRIQUES - Masson et C^o Editeurs - Paris 1972).

Observation n° 3 - Monsieur F...

- AGE : 71 ans.

I - PARENTS

Né à Bas-en-Basset, il est le cinquième d'une famille de dix enfants. Son père était boucher : " je suis comme mon père ; il n'a jamais été malade " .

Il ne parle pas de sa mère.

II - VIE FAMILIALE PERSONNELLE

Marié à 35 ans avec une hystérique, malade chronique, que sa fille décrit : " du plus loin que je me le rappelle, elle était comme cela, toujours malade, malaises, crises de foie...". Elle avoue un jour à sa fille : " je me suis mariée sans savoir comment on faisait les enfants, ma nuit de nocces a été un cauchemard..". Par ailleurs, mais peut-être aussi en rapport avec sa névrose, elle était épileptique.

Notre malade affirme d'ailleurs comme c'est souvent le cas dans pareille situation du couple : " si cela n'avait pas été de mes enfants, j'aurais foutu le camp il y a longtemps ".

Il est à noter cependant et ceci est bien psychotique, que contrairement à toute attente, en particulier à l'attente de ses enfants, il a eu un "chagrin extraordinaire" à la mort de sa femme, alors que tout le monde s'attendait au contraire.

III - DESCENDANCE

Le couple a trois enfants :

. Une fille, médecin anesthésiste à l'Hôpital Neurologique à LYON, avec laquelle nous avons eu l'occasion de converser et qui présente les rapports avec son père de façon particulière :
" Mes rapports se sont dégradés avec mon père quand je me suis mariée, ils ont empiré quand je lui ai dit que j'étais enceinte. Quand je vomissais au début de ma grossesse, il me disait : " c'est bien fait ".

. Après la fille, il a eu deux garçons. Un est Professeur d'Education Physique et l'autre, Expert-Géomètre. Tous deux sont mariés et ont des enfants. Nous n'avons pas eu l'occasion de les rencontrer, nous n'en parlerons donc pas.

IV - SITUATION PERSONNELLE

Sa fille pour laquelle il représente une énigme difficile à expliquer parle de sa jeunesse en ces termes : " C'était une forte tête. Il avait été mis en pension vers douze ans et il n'est revenu à la maison que pour le Service Militaire ".

Il a un moment l'intention d'être Lazariste et rentre pour cela dans une école à PARIS, mais il abandonne assez vite cette inspiration religieuse. Son meilleur ami, prêtre, parle un jour à sa fille en ces termes : " Laisse-le bien faire ce qu'il veut, car il peut devenir méchant ".

En fait, il semble qu'il ait sublimé son agressivité dans un rôle social élevé à la Mairie de DUNIERES dont il est l'éminence grise pendant près de trente ans. Il participe d'ailleurs de très près à la vie de la petite ville dont il fait la chronique journalistique (il est correspondant de presse pour un journal stéphanois). D'après sa fille, le Maire lui a donné " carte blanche ", mais pour ce dernier, il est resté " le type qui n'a pas de diplôme et qu'on exploite un peu " étant donné qu'il y consacre la presque totalité de son temps. On peut

donc considérer qu'il a adhéré personnellement à l'image de puissance qu'il s'était faite de lui-même, mais qui ne correspondait pas à la réalité du Maire qui se déchargeait sur lui de tout un travail administratif peu narcissique. Monsieur F... parle d'ailleurs de son travail en ces termes : " J'ai dirigé DUNIERES et j'ai d'ailleurs reçu pour cela la Médaille du Travail ".

Il est certain que cette activité importante sur le plan professionnel lui a permis d'exister en-dehors des troubles psychiatriques qui auraient pu être révélés plus tôt, dans d'autres conditions.

On remarque chez cet homme qui s'occupe volontiers des affaires des autres (quand je pense qu'avant je remontais le moral aux autres), qu'il n'avait en définitive pas d'ami et qu'en particulier, il ne recevait personne chez lui. Cela est peut-être en rapport avec un comportement particulier type " relation-force" dont un de ses amis a fait les frais un jour. Il l'a injurié dans la rue, alors que celui-ci venait de lui dire qu'il avait bonne mine. C'est sa fille qui relate la scène (qui est typiquement paranoïaque).

On note par ailleurs, qu'il a présenté tout au long de sa vie, une ambivalence marquée au niveau de ses relations intra-familiales où il a passé son temps à "faire brouiller les gens" (ce qui est également psychotique).

Il faut remarquer également, qu'il a toujours été très moralisateur avec tout le monde, essayant par là d'imposer sa propre défense et donc sa loi personnelle.

V - ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES PERSONNELS

Monsieur FOURNIER entre dans la pathologie et comme beaucoup de paranoïaques ne le supportera pas étant donné l'idéal mégalomane qui sous-entend une toute puissance sur le corps.

Ses troubles commencent par de la fatigue qui peut être assimilée chez lui à une dépression. Cette dépression va bon an, mal an, jusqu'à une tentative de suicide par pendaison en Juillet 1973, motivée par l'annonce la veille par sa fille d'un voyage en Norvège dont il parle en ces termes : " Elle est partie si loin... avec qui, elle ne reviendra pas ".

Il faut avouer que la mise à la retraite et la perte de relations professionnelles (il n'était guère possible pour lui d'avoir d'autres relations), se traduisent pour lui par un isolement important : "personne n'est plus venu me voir... je m'étais toujours occupé des autres, mais personne ne s'occupe de moi...". On peut en conclure un assouplissement du système de défenses à teinte paranoïaque par la dynamique dépressive, vers un état voisin de l'hystérie.

Quand il a eu son premier oedème aigu du poumon, il partage dès le lendemain sa fortune entre ses enfants, un peu comme s'il était déjà mort ou tout au moins, comme s'il avait des difficultés à accepter sa fragilité de vivant.

VI - HISTOIRE ACTUELLE

On le retrouve en novembre 1974 hospitalisé pour une insuffisance cardiaque et une insuffisance rénale fonctionnelle, très déprimé : " Je n'ai plus rien... je serai foutu à la rue et je crèverai... Quand on regarde la vie de maintenant, on ne peut que baisser les bras devant la vie... J'ai la sensation d'être abandonné, je ne peux même plus pleurer ".

Son état dépressif s'est relativement bien amélioré par le cadre hospitalier et les soins qui y sont dispensés, également sans doute, par le fait de l'investissement des autres à son égard, comme une personne et non pas comme l'idée qu'il s'était faite de lui. Ceci correspond d'ailleurs à un mécanisme fréquent chez le psychotique qui laisse volontiers son identité fragile se faire

pénétrer par l'identité fantasmée qu'a de lui son entourage. L'hôpital investi au début du mythe ancien " d'antichambre de la mort " (c'est lui qui parle), a pris une nouvelle dimension " thérapeutique " celle-là (c'est toujours lui qui parle), qui a porté ses fruits.

Le problème risque de se poser en retour dans la maison de retraite, où le rôle du pensionnaire est différemment investi et les anti-dépresseurs à petite dose seront sans doute indispensables.

VII - COMMENTAIRES A L'OBSERVATION DU SERVICE CI-DESSUS

Cet homme posait un problème à l'interne de service qui, s'il était lié à lui à partir de la symptomatologie organique, avait tôt fait de découvrir une problématique psychologique pour laquelle il était "mal préparé" (ce sont ses paroles).

Je crois que c'est un des seul cas où il y a eu consultation à trois, malade, médecin et psychiatre, ce qui a permis un relais harmonieux chez cette personnalité très susceptible sur ses sympathies et ses antipathies. La discussion de son cas sur les plans " psy " et " non psy " a apaisé rapidement la tension que ce malade avait fait sourdre dans le service qui est apparu alors beaucoup plus cohérent dans ses rapports avec lui, n'hésitant notamment plus à éviter systématiquement le sujet tabou de son suicide lorsqu'il l'amenait dans la conversation (la consultation à trois est prônée par certains auteurs suisses de façon plus généralisée - Cf. WULLIEMIER " Le psychiatre à l'hôpital général : la consultation à trois ").

Il est à noter que l'hospitalisation de cet homme que le service croyait " perdu " avant l'abord de sa dynamique dépressive, s'est ensuite assez bien déroulée par le fait même qu'il lui est devenu possible de nous parler de sa mort sans qu'il ait à la garder pour lui ou à la projeter à des soignants qui étaient alors interrogés dans leur propre mécanisme de défense contre elle et le plus souvent dans leur motivation-sublimation à soigner. (Cf. Thèse de BOISEAU intitulée " De la vocation médicale ou la Mort dans l'Ame ", PARIS 1969).

74

Observation n° 4 -- M. Michel C...

AGE : 27 ans

OBSERVATION DU SERVICE

Vu pour la première fois au Pavillon d'Urgence de l'Hôpital de Bellevue alors qu'il était revenu à pieds de CHATEAUNEUF DE GALLAURE (Ardèche) où il faisait une retraite religieuse. Il avait effectué les 80 km qui séparent Chateauneuf de Gallaure de Saint-Chamond et était exténué, délirant, désorienté dans le temps et dans l'espace. Ses pieds n'étaient plus que de vastes ampoules et c'est pour soigner ces ampoules que nous arrivons à entrer en contact avec lui au P.U. et à lui faire accepter l'hospitalisation dans le service.

Sa mère que nous voyons arriver au P.U. était revenue du département de l'Yonne où elle était en vacances, avertie par l'hôpital de Saint-Chamond et la gendarmerie de la même localité qui avait découvert son fils errant dans la ville. Elle le prend à part, très " agitée ", voulant tout nous dire sur ce fils, le dernier de la fratrie et le seul à habiter encore sous le toit familial. Elle nous révèle : " Toxicose à treize mois " dont il reste très nerveux... " avec beaucoup d'otites et de rhino-pharyngites ", " rubéole " un peu plus tard qui s'est bien passée.

Pension au PUY pendant neuf ans, de 11 à 18 ans, dans un petit séminaire. C'est un enfant nerveux, vif, parlant beaucoup, pour lequel le médecin avait décidé la séparation d'avec le milieu familial.

Depuis l'âge de 17 ans, vocation religieuse. A 18 ans, il réussit le bac (philo-latin-grec).

Service Militaire de 16 mois à TREVES qui se passe assez

bien, malgré les critiques qu'il peut faire à l'armée aujourd'hui. On le sent déjà porté par un système rigide qui prend pour lui un sens orthopédique.

A 22 ans, il rentre au Séminaire où il reste une année complète, mais le mois d'octobre qui suit cette année, dépression traitée par le Docteur E... qui lui conseille de partir à Nanterre (Seine), faire de la philo... En fait : " du jour où l'on a arrêté la philo, cela allait mieux " (ceci correspond au bouleversement de la vie universitaire du aux événements de Mai 1968 encore très proches). En fait, il ne résiste pas à l'ambiance de Nanterre et part en maison de repos trois mois à COMBELLOU, puis retourne dans sa famille.

En 1970, il rentre dans une librairie à GRENOBLE comme vendeur. Il se met à nourrir chez lui des clochards, à ne plus manger et mène une existence de marginal. Ses parents inquiets vont voir un neuropsychiatre qui l'adresse chez un psychanalyste, le Docteur B... à LYON, pour une psychothérapie (non sans que le jeune homme écoute à la dérobée le neuropsychiatre en question dire à sa mère : " ne vous attachez pas à cet enfant qui est voué à la folie et qui finira au PUY ").

La psychothérapie n'est que commencée et s'interrompt après deux mois. Michel me parlera de cet arrêt en octobre 1974 : " J'ai arrêté car B... m'a dit que je recherchais dans les ordres la protection de ma mère... Ça m'avait fait chier... mais ça devait être vrai. Je n'y suis plus jamais retourné ".

De 1971 à Janvier 1972, il travaille comme vendeur dans une librairie stéphanoise (d'abord chez D..., ensuite chez P...), ce qui satisfait son goût pour la lecture.

En Février 1972 il rentre à la Trappe, mais les Trappistes trouvant qu'il avait une vie contemplative l'envoient chez les Frères de FOUCAULT dans le but avoué qu'il devienne missionnaire. Chez eux,

à côté de CREMIEUX, un autre avis est émis sur le jeune homme. Le Frère qui s'occupe plus particulièrement de lui, lui conseille un travail manuel et il rentre ainsi dans un F.P.A. de plâtrier-peintre, ce qui le rebute tout à fait. Il arrête deux mois avant la fin du stage pour se consacrer après retour à SAINT-ETIENNE chez ses parents, à la poterie chez une artiste, Madame B... de SAINT-GENEST MALIFAU (Ateliers Educatifs de Saint-Etienne).

Début Juillet 1974, retraite à CHATEAUNEUF DE GALLORE où un délire mystique s'installe avec la vision d'un envoyé de Dieu qui prend l'apparence d'un pêcheur au bord d'une petite rivière le long de laquelle il était allé contempler le lever du soleil. Une conversation s'engage entre notre malade et " son pêcheur " sur des thèmes mystiques mal définis où il est question du bien et du mal, de l'avenir de l'humanité, de la foi, du retour de Jésus sur la Terre, de son avenir personnel enfin. Il nous dira-le lendemain : " J'ai vécu l'Apo-calypse : les Chrétiens devaient attaquer, il fallait détruire Satan ". Quant à son avenir, trois grands vœux suffisent à le structurer à ses yeux par le biais du serment inspiré directement de "l'Etre Suprême " : Pauvreté, Chasteté, Obéissance. C'est un peu à la suite de cette conversation que Michel fait aussi promesse devant Dieu de revenir jusqu'à Saint-Etienne à pieds en une marche prophétique lui prouvant ses capacités et lui permettant " un retour sur lui-même ". La marche se passe bien par une nuit étoilée où les astres lui servent un peu de point de repère. Lorsque le ciel se couvre, la disparition des étoiles le désoriente et un délire complet s'institue dans une ville déserte au petit matin. C'est là que les gendarmes le " ramassent ".

A noter qu'en Février 1973, au cours d'un accès dépressif, le jeune Michel avait avalé de l'essence dans un but suicidaire et avait été hospitalisé au Pavillon d'Urgence dans le Service du Docteur V... pendant quelques jours (un de ses copains s'était suicidé en avalant de l'acide sulfurique en 1971 et au moment de son geste " il se sentait responsable de sa mort ").

Pendant son séjour chez les Frères de FOUCAULT à Crémieux, il a fait la connaissance d'un médecin généraliste, le Docteur L... qui s'est fort bien occupé de lui et avec lequel il tient beaucoup à rester en contact.

HOSPITALISATION DANS LE SERVICE DU DOCTEUR VERNEYRE du 19 Juillet 1974
au 24 Juillet 1974.

Le malade est rapidement stabilisé par un traitement neuroleptique : DOGMATIL 200, 3 c par jour,
MODECATE 25 mg, une ampoule intra-musculaire toutes les
trois semaines,
ARTANE 5 mg, un comprimé le matin en accompagnement.

S'il a repris rapidement contact avec la réalité, il reste néanmoins assailli de questions quant à l'existence en général et à la sienne en particulier. Il s'attache aujourd'hui particulièrement à un rythme de vie " naturel " basé sur un sommeil réparateur " je me couche et je me lève avec le soleil " et tenant compte particulièrement de quatre points fondamentaux : le soleil, l'eau, l'air et la terre auxquels il donne une signification toute symbolique et peu précise.

Cette dernière marche qui l'a amené à délirer totalement avait été précédée il y a deux ans d'un épisode analogue, mais à l'unité de lieu près, où il s'était senti attaqué par Satan, par les flics. Il mémorisa cet épisode comme suit : " A Paris, il y a deux ans, j'ai été halluciné par une lettre où on me disait que j'étais un bon candidat pour le Diable, étant vierge à 23 ans. Je suis parti de chez moi et j'ai marché toute la nuit. J'avais l'impression que Satan me suivait. Je priais pour l'éloigner. Paris était tout en carton pâte, sans signification, sans réalité... Un monde merveilleux, sans calcul. Je me suis marié avec une fille symboliquement devant le " Phallus de la Concorde. Des Japonais étaient dans le coup... des pédés me suivaient... le Salon de l'Auto était une réunion de Chef d'Etat. Quand on m'a hospitalisé,

70

je croyais que le médecin qui m'avait reçu faisait parti de la bande à Satan... ". Ce délire de persécution avait abouti à une hospitalisation dans le Vaucluse. S'il la critique aujourd'hui et s'il en a pris une certaine distance, il reste persuadé d'avoir rencontré au bord de cette fameuse rivière proche de Chateauneuf de Gallore un envoyé de Dieu, bien qu'il cherche dans sa conversation d'aujourd'hui un appui à cette vérité à laquelle il tient beaucoup, mais dont il doit douter également au moins par moment.

Comme il doit faire un stage du 25 Juillet au 8 août dans le Château de Batilly dans l'Yonne chez un maître potier célèbre dans le monde artistique et qu'il tient beaucoup à cette expérience, nous le laissons repartir en train seul, après cinq jours d'hospitalisation.

Pendant le mois d'août qui suit son stage de poterie, les derniers jours du stage sont plus difficiles au point de vue fatigue mais laissent dans l'ensemble un bon souvenir, de retour chez ses parents, il devient " crispé " parle " d'accrocs " avec sa mère et de " confidences " avec son père, ce qui inverse plutôt ses patterns de comportements habituels où : " Depuis toujours, je prenais le parti de ma mère ".

STRUCTURES PARENTALES

PERE : Infirmes, en retraite, lit de l'histoire toute la journée, vit une existence de reclus. Il a confié à son fils : " qu'au bout de huit jours de mariage, il avait déjà envie de sauter par la fenêtre ". En 1933 il a le bras coupé dans une catastrophe de train, ce qui ne fait qu'aggraver un état de fatigue permanent. Pharmacien de profession, il est victime d'une cataracte à 45 ans. Depuis deux ans, il prend des malaises fréquents et a eu une résection prostatique il y a un an.

En ce moment, il se rapproche beaucoup de lui, comme il ne l'avait jamais fait auparavant. Il semble lui reconnaître une existence propre. Il est âgé aujourd'hui de 67 ans et se fait pas mal de souci pour sa santé, souci que partage sa femme : " les discussions chez moi tournent toujours autour de leur taux respectif de cholestérol ".

MERE : Elle " pète la santé ". Plus jeune que son mari, elle a toujours détenu l'autorité dans le couple : " elle est comme ça, elle sera toujours comme ça ". Elle a entouré Michel de santé fragile dans sa petite enfance d'un surcroît d'affection qui a créé entre ces deux êtres une relation particulière. Michel en parlant de sa mère affirme : " chaque fois que je vais mieux, ma mère tombe malade, elle devient nerveuse, grossit... " C'est un peu elle qui aurait voulu faire de son fils un prêtre et bien qu'elle en parle encore une fois au nom de son mari, elle lui en veut beaucoup aujourd'hui d'avoir renoncé tout récemment à cette vocation " soufflée ". Michel affirme également que sa mère lui dit souvent : " suppose que je sois ton père... " Elle-même est très croyante (bien qu'elle n'ait pas aux dires de son fils une foi équilibrée), elle fait le catéchisme à des enfants depuis 17 ans. Toujours aux dires de son fils : " elle ne peut pas se passer des gosses ".

Aujourd'hui les relations de Michel avec sa mère sont particulièrement difficiles : " Je me laisse pousser la barbe rien que pour l'embêter et tous les jours je l'envoie sur les roses quand elle me demande de me raser ". Elles semblent tendre vers un modèle sado-masochique quand il va bien et revenir à un modèle fusionnel lorsqu'il se déprime.

Actuellement, le jeune homme a lui-même proposé de venir une heure par semaine dans le service, en consultation, pour " mieux s'analyser ". On constate que son état reste fragile et décline à chaque tentative d'un traitement moins important.

Par ailleurs, le Docteur L... continue ses soins et paraît

assez enclin à ne laisser subsister du traitement neuroleptique que des doses uniquement tranquillisantes, ce qui est logique, dans la mesure où la compréhension de son malade lui est difficilement permise par le biais de la technique de médecine générale.

En fait ces visites sont des visites de routine où on parle peu, mais où un examen général est systématiquement refait avec prise de la T.A., recherche des réflexes ostéotendineux, palpation et auscultation thoraco-abdominale.

On retrouve donc le problème classique de l'abord psychiatrique que peut faire un généraliste, sans formation particulière, d'un malade mental avec la rituelle ordonnance que l'on " doit " changer, plus pour le médecin que pour le malade et dans ce cas particulier sans tenir compte d'un équilibre fragile, maintenu au prix d'un traitement qui doit être un traitement de longue durée. On peut penser que le fait des visites chez le Docteur L..., toujours en présence de la mère qui accompagne son fils et qui contrôle son traitement, ne peut échapper à l'obligation de modifications de traitement, même si celles-ci ne sont absolument pas nécessaires.

Par la suite, on écrira au Docteur L..., pour lui faire part de cette nécessité d'un traitement à ne pas remettre en question à chaque consultation, d'autant plus que la consultation se place à un niveau " strictement organique " où la psychiatrie se résume au " comment allez-vous ? " traditionnel, même si toutes les manoeuvres techniques de médecine ne sont là que comme artifice. A l'image de l'ambivalence de la mère à l'égard de la maladie de son fils qui le maintient dans son champ de contrôle et qui est donc chérie, toute lucidité est mise à distance par les visites au généraliste qui, ainsi manipulé de main de maître, devient également un sujet symptôme de la folie maternelle par fils interposé.

COMMENTAIRES A L'OBSERVATION DU SERVICE CI-DESSUS

La prise en charge en consultation hebdomadaire reprend après l'intermède des vacances d'août. Michel apparaît comme un garçon intelligent qu'un père invalide a " utilisé " pour projeter ses propres incapacités ("mon père m'a toujours traité d'incapable"), tandis que sa mère " a toujours eu peur que je n'arrive pas à faire ce que je fais, si bien qu'elle le fait à ma place chaque fois que c'est possible ". Les tests psychologiques s'étaient mêlés de la partie. A 14 ans, il est décrété " Bon ni pour le manuel, ni pour l'intellectuel ". Les prêtres (" mes substituts de père " comme il dit) l'orientent tantôt vers les missions, tantôt vers la plâtrerie-peinture... Avouons qu'il y a de quoi s'y perdre ! (Cf. " L'Etre et le Néant " de SARTRE). Dans ce dédale de projets où l'on n'entend jamais sa propre parole, même sa maladie était faite vecteur de volonté maternelle. Il relate le 5 septembre 1974 : " Alors que je militais au P.S.U. il y a deux ans, ma mère en était tombée malade et m'avait dit : "si tu fais de la politique, c'est à cause de ta maladie", ce qui ne l'empêchait pas de voter P.S.U. quand je votais P.S.U. Elle me singe tout le temps, elle n'est pas structurée... elle n'a qu'un moi, l'enfant malade, celui qu'elle a sauvé ".

Cette non distinction des êtres de la mère et de l'enfant apparaît un peu comme si le fait de ce sauvetage permette à la mère d'en faire sa propriété et de consolider sa propre vie à elle (Cf. Les Lois de la Mer où les épaves sont la propriété de ceux qui les découvrent et qui peuvent les utiliser pour renforcer les points faibles de leur propre navire.

Cf. aussi, le concept de " Script " des analystes transactionnels (Ecole de Eric BERNES U.S.A.) " The Script includes Description of who and what the child will become and how he will go about doing things " décrit par Jacqui LEE SCHIFF fondatrice du " Cathexis Institute " en Californie où elle s'occupe surtout de schizophrènes paranoïdes et la comparaison de son propre script : " You are a damn smart kid, you can do anything you want to do " avec ceux de ses

patients : " All of our children incorporated a sick parent ego state and a self destructive script from their natural parents " (in " All My Children " Pyramid Book, NEW-YORK 1972).

Se départir de l'influence parentale n'est pas simple pour un garçon de 25 ans sans qualification professionnelle (" si j'avais eu un métier, je crois que je m'en serais sorti " décembre 1974) et dont l'éducation n'a pas permis un degré de confiance personnelle lui permettant l'accès à une volonté durable (" j'ai toujours besoin des autres pour justifier mes choix " septembre 1974 - " quand je veux prendre une décision, je n'ai pas le courage de la prendre tout seul ; j'ai dit à mes parents que c'était vous qui m'aviez dit d'habiter avec des copains en ville " septembre 1974).

En fait, il restera au domicile familial et sa mère supportera particulièrement mal la relation psychothérapique où son fils lui échappe deux heures par semaine : " Mes parents comprennent très mal ce que je fais avec vous. Ils pensent que les médicaments que tu me donnes me donnent des boutons... "

La prévalence des liens mère-fils semble avoir été acceptée de longue date par le père dont Michel dira en novembre 1974 : " j'ai l'impression que mon père ne me désirait pas... mon frère aîné est mort à la naissance... mon père ne m'a jamais accepté... il ne s'est jamais intéressé à moi " et la supposition de blocages importants dans les identifications respectives père-fils semblent trouver confirmation dans la suite de son discours concernant l'actualité de sa position d'homme : " d'ailleurs j'ai un tout petit pénis. J'arriverai jamais à faire jouir une femme ; je suis peut-être impuissant . Le rapprochement avec ses paroles d'octobre 1974 : " j'ai toujours eu peur de mon père... je l'admire car il était infirme et il a fait sa vie. Moi, j'ai tout mes membres, j'ai tout et je pinaille ", fait percevoir un problème fondamental de Michel touchant son narcissisme de garçon puis d'homme avec les implications qu'il peut avoir dans ses difficultés relationnelles avec les femmes. Sa remise en question en psychothérapie lui fait mémoriser des moments pénibles qui émaillent

l'historique de ce sujet : " Je revis mon passé de façon affreuse depuis l'époque où on m'attachait des slips que j'avais mouillés sur le nez avec des épingles à linge pour que je ne pisse plus dans mes culottes... Je me suis fait vider d'un pensionnat où je dessinais des pénis toute la journée... A 17 ans, ma mère et un prêtre m'interdisent de revoir une fille, mon premier amour, en me disant : " on ne tombe pas amoureux comme ça, le mariage c'est autre chose ! "... je me sens faible de partout, virilité, image sociale... Je ne vais pas aller au vernissage où je suis invité car si j'y vais seul on me prendra pour un pédé. Comme je ne suis plus curé, je n'ai plus le droit social d'être sans femme ".

La " vocation religieuse " dont parle sa mère paraît bien s'inscrire en grande partie dans ce cadre général de la sexualité, comme une façon d'éviter à la fois une homosexualité qu'il réproouve (il hallucinera le pensionnaire du Collège de Jésuites qui l'avait " embrassé sur la bouche " quand il avait douze ans, en la personne du " flic de Saint-Chamond qui voulait me ramener à l'hôpital " le 18 juillet 1974."Je lui ai cassé deux dents ! " octobre 1974), et une hétérosexualité qu'il a du mal à atteindre. Quant il est aux prises avec un sentiment dépressif en regard de la différence entre ses aspirations plus ou moins intellectualisées et son vécu quotidien, le fait de s'engouffrer dans cette vocation lui permet assez souvent de faire passer ses angoisses sans TEMESTA (Décembre 1974 " Je pensais bien sûr, jamais j'y arriverai... je peux pas être un adulte... J'ai décidé alors de me dire que de toute façon je voulais être religieux et ça a été tout de suite mieux. L'idée de ne pas être religieux m'empêche de vivre car si je le suis, je suis socialement sauvé... je deviens quelqu'un. Je résoud à la fois mes problèmes de femme, d'argent, de protection "). Son choix procède par exclusion d'entités jugées préalablement antinomiques (Décembre 1974 : " entre une femme et la foi, il faut que je rejette l'une des deux "), ce qui n'est pas sans évoquer " L'illusion du Choix Possible " décrit par WEAKLAND et JACKSON dans un article intitulé " Patient and therapist observations on the circumstances of a schizophrenic episode " in Archives Of Neurology and Psychiatry

1958-79 que WATZLAWICK commente dans son livre CHANGEMENTS (Seuil 75) de la façon suivante : " Tant qu'on recherche la solution à l'intérieur de la dichotomie, on y reste pris, aussi bien en choisissant l'une que l'autre des deux issues possibles... la situation empire donc jusqu'à ce qu'on choisisse enfin de ne pas choisir, c'est-à-dire de rejeter le choix lui-même ". Cette dernière possibilité est d'autant plus délicate à entrevoir par Michel, qu'elle fait partie de son système de défense contre l'angoisse (avec le clivage des " bons " et " mauvais " objets caractérisant la position paranoïde des Kleiniens, le " bon objet " idéalisé ayant des fonctions de réassurance tandis que le " mauvais objet " est dévié car sa prise en considération dans la réalité évoque des fantasmes de persécution, voire de destruction, particulièrement anxiogènes). Pour Michel, le retour à cette position paranoïde archaïque se fait par accès où les mécanismes de clivage s'emballent pour aboutir à ces choix paradoxaux. La plupart du temps, leur maîtrise par les capacités de synthèse du " moi " aboutit à un état assez comparable à celui décrit dans la " crise d'adolescence " (J. PELLET, Séminaire 1973, Saint-Etienne), où une "dissociation entre le plaisir physique et les aspects sentimentaux " des relations hétérosexuelles existe fréquemment. Ainsi, en décembre 1974, Michel ajoute à la dernière phrase citée par lui : " le fait de savourer la présence d'une femme passe par la certitude que j'aie qu'il ne se passera pas quelque chose de sexuel entre elle et moi," puis après un silence " pour les femmes être perpétuellement un sujet de désir pour l'autre ne doit pas être marrant ! " En quelques minutes, ses réflexions passent de l'obligation du rejet (" il faut que je rejette "...) à l'obsession d'un désir triste sans même l'éventualité d'un retour de la part de la partenaire qui est donc perçue sur le modèle d'une mère phallique (à qui il ne manque rien ou tout au moins qui tient essentiellement à en maintenir l'illusion). " L'avidité affective du schizophrène " dont parle J. PELLET (Thèse LYON 1966, Problèmes de Psychothérapie Familiale) participe sûrement à cet aspect perpétuel de son désir qui ne peut pas être considéré uniquement sous l'angle restreint de la sexualité pulsionnelle et pose sans doute davantage le problème de la réalité de son existence au

contact d'une mère emminement frustrante puisqu'elle est tout.

Comment s'étonner à partir de ce type d'apprentissage relationnel forcé qu'il préfère : " la grille de lecture de la réalité qu'est pour moi l'Evangile " à " la vie où on a l'impression d'être libre, que tout est possible, mais où en définitive on est tellement frustré qu'il vaut mieux avoir tout de suite ses plaisirs et ses frustrations bien définies dans un système religieux " (octobre 1974) ? Comment s'étonner que cette dernière solution, qui peut passer pour une résolution de ses conflits par le masochisme, soit envisagée sans enthousiasme ? Michel se déprime, en même temps que sa mère redouble de conseils à son égard et réussit à " l'emmener chez un radiesthésiste qui veut que je prenne un remontant : le NOZINAN EMBONATE...! et qui a trouvé que le DOGMATIL ne me sert à rien alors que j'avais plutôt l'impression du contraire " ! (décembre 1974).

Ma relation avec lui est assez bonne pour qu'il me demande de venir une troisième heure dans la semaine car " il n'y a qu'ici que je peux parler et ma grande peur c'est de ne plus pouvoir communiquer avec quelqu'un. Chez moi, je ne décroche pas un mot, je m'enfonce dans la schizophrénie " (décembre 1974). Comme les fêtes de Noël approchent, Michel ne tient pas à être hospitalisé à nouveau (l'hypothèse d'un foyer, étape d'adaptation à l'autonomie sans doute bien nécessaire dans des cas comme celui-ci, n'avait pas de réalité pratique à Saint-Etienne dans la conception particulière de la psychiatrie, malgré des demandes réitérées), alors que sa mère " qui est en pleine forme " a pris un rendez-vous chez un " grand docteur Parisien qui guérit par les plantes. Je lui ai dit non pendant trois jours, mais elle m'a sorti que c'était ma dernière chance !... Si je ne vais pas à Paris, mes parents vont tomber malades. Je suis obligé d'y aller ! (20 décembre 1974).

Michel restera sans doute pour longtemps encore le garant de l'entropie familiale. Il ne viendra plus aux séances de psychothérapie où il avait réussi à verbaliser son malaise, " l'impasse " de sa vie (décembre 1974), en même temps qu'il avait repris ses activités

sportives (équipe de football) et que les problèmes de métier et d'avenir avaient été abordés de façon assez pratique (même si sans résultat concret étant donné les difficultés des littéraires à trouver les rares places que la société leur réserve).

Sa mère m'écrit quatre mois plus tard pour quémander quelques ordonnances anciennes, sans doute sans grande importance, dans un style royal, pour ne pas dire conquérant : " Les ordonnances étant la propriété du malade, auriez-vous l'obligeance de m'en faire un petit paquet et de les déposer à la conciergerie de l'hôpital où je les ferai prendre ".

Son impérialisme personnel s'accordait davantage avec la pratique d'un " éminent neurologue " qui avait bien entendu mis Michel au Lithium : le NEPENTHES parascientifique de la dépression (Cf. chapitre sur les paradoxes en psychiatrie) venant sacraliser un traitement idéal puisqu'il ne remettait en question " l'équilibre " de la famille qu'au niveau du prix élevé de la consultation. LAURAS A. et RACCOT M. dans un article intitulé " Schizophrénie et Psychothérapie Intensive " (Confrontation Psychiatrique n° 2, décembre 1968), permettent de mieux saisir cette psychothérapie parafamiliale ainsi instituée à l'envers : " l'évolution de la schizophrénie est à considérer non seulement par rapport à une maladie en soi, ni même par rapport au seul malade, mais aussi par rapport à l'évolution du groupe social auquel il appartient ".

La prise quotidienne de lithium pendant toute une vie, outre qu'elle impose un contrôle biologique de la lithiémie et une prise de risque vis-à-vis d'un médicament qui n'est pas sans danger, en particulier en cas de surdosage ou de variation de son métabolisme (insuffisance rénale, cardiaque, thyroïdienne), pérenise la maladie du fils en la mystifiant comme une tare biologique. Le médecin qui l'utilise dans cette indication limite (Cf. G. CHAZOT, FOURNIS et EYSSETTE, Lyon Médical 1971 dans un article intitulé " Lithium et Troubles de l'Humeur " (Revue générale), écrivent : " Il semble que le lithium ait peu d'activité dans la schizophrénie en-dehors de certains états

d'agitation ou d'états mixtes schizoïdes-maniaque et dépressif ") (Cf. ZALL, Terman, MYERS " Lithium Carbonate, A Clinical Study " American Journal of Psychiatry 1968-125 - Cf. SCHOU qui a publié plus de dix articles sur le lithium), n'est pas sans savoir qu'ex-périmentalement : " Le lithium entraîne chez l'animal une diminution de l'activité motrice et de l'activité exploratrice avec apparition d'une incapacitation motrice (Thèse de FRAYSSE, Paris 1970 " Les Sels de Lithium en Psychiatrie - Utilisation Thérapeutique et Approche Pharmacologique "), tandis que cliniquement ROSIER, MOREAU, BROUSSE, LAMBERT et CARON dans une étude intitulée : " Gluconate de Lithium : vers une disparition complète des rechutes cyclothymiques " consacrent un paragraphe important aux " Modifications psychologiques du caractère produites par le Lithium " (Gazette Médicale de France, Février 1973). " Il s'agit dans la plupart des cas d'un état de relative indifférence non pathologique, n'entraînant pas de conséquences affectives ou sociales gênantes, mais qui nous semble décrit par plus d'un tiers des malades traités. Généralement, cet état est jugé comme bénéfique par l'entourage ". Enfin, il n'est pas sans se douter que les critères d'appréciation d'un " état de relative indifférence " ne peuvent s'arrêter à la pathologie ou à la normalité si le principal intéressé, celui qui la vit, n'a droit à la parole qu'après " l'entourage ".

Dans le cas de Michel, nul doute que la conclusion change s'il parle en son nom ou en celui de sa mère, s'il estime ses sensations en fonction du consensus Parents-Neurologue ou en fonction de son aspiration légitime à dépasser les noeuds communicationnels et imaginaires qui le relie à une relation de dépendance où il est condamné à un rôle de fantôme.

Cette observation souligne :

a/ les difficultés thérapeutiques d'un jeune schizophrène en regard du défaut d'équipement extra-hospitalier du secteur (en particulier : Ateliers Protégés avec l'apprentissage d'un métier et possibilité d'insertion professionnelle,

85

• Foyer post-cure avec appui d'un éducateur spécialisé qui permet un relai parfois bien nécessaire entre un milieu familial pathogène et l'autonomie).

b/ Les risques inhérents aux traitements biologiques des maladies mentales où les médecins deviendraient les apprentis sorciers d'un " Meilleur des Mondes " (A. HUXLEY) qui mettrait en avant la valeur d'un système étouffant de plus en plus les initiatives personnelles des hommes qui en deviennent les rouages.

Observation n° 5 - Mme Emma V...

I - OBSERVATION DU SERVICE

D'origine Italienne, cette femme de 51 ans victime d'une HTA modérée (16/9 en moyenne) découverte au cours d'un examen systématique lors d'une consultation de médecine générale motivée par des symptômes classiques (nausées, vomissements, lipothymie, asthénie évoquant la névrose) et qualifiée d'essentielle devant la normalité du bilan organique (U.I.V. ionocatécholamines), est aujourd'hui aux prises avec un important syndrome dépressif, de toute évidence en rapport avec une rupture d'équilibre conjugal (par l'intermédiaire du service, elle refuse de recevoir son mari, elle refuse également de lui parler au téléphone).

Le couple auquel elle appartient paraît basé depuis très longtemps sur une relation sadomasochiste et notre malade y occupant un rôle de femme passive s'est décompensée à la suite du décès de sa mère (infarctus du myocarde en été 1974).

Avant de laisser parler la malade de son vécu, il convient de remarquer :

a/ Le sentiment dépressif qui s'est installé chez elle peu après son mariage, ce dernier signifiant à la fois :

- . son existence en tant que femme sexuée,
- . la fin de sa vie au sein du foyer parental (" j'avais été une fille très gaie pendant ma jeunesse, vous pouvez demander docteur ").

b/ Qu'au cours de l'année 1974, elle était allée consulter un psychothérapeute dans le mois qui avait suivi le décès de sa mère, mais qu'elle n'a pas été au bout de cette expérience, l'interrompant

après trois ou quatre séances, considérant que : " si je me sentais mieux en sortant de chez lui, ça recommençait en rentrant chez moi ".

On peut penser qu'en fait, comme c'est souvent le cas, elle ne tenait pas à rendre conscient son masochisme cultivé dans sa situation de couple.

c/ Depuis l'entrée dans le Service, son visage s'éclaire et s'assombrit en phases apparemment contradictoires, réagissant ainsi à une simple parole, à une simple variation météorologique, ce qui ne va pas sans étonner son entourage, qu'il s'agisse de ses compagnes de chambre ou du personnel soignant. On peut donc éliminer un syndrome mélancolique et donner plus de poids à l'hypothèse d'une névrose hystérique qui a pris naissance dans les thèmes précédents.

II - STRUCTURES PARENTALES

Elle parle d'abord de son père " décédé à 48 ans d'urémie "... " Il n'a jamais été bien portant... maman m'a dit un jour que depuis son mariage il avait été de santé délicate, toujours au régime... Il travaillait à la Verrerie de Saint-Gobain... Plutôt autoritaire, mais il nous adorait... ses enfants, c'était quelque chose... Pour moi, c'est comme s'il était mort hier ".

On voit donc se dessiner une imago paternelle plutôt terne dans sa réalité d'homme pouvant incarner un fantasme de virilité, très marqué qu'il est par la fragilité inhérente à la maladie chronique.

Quand sa fille parle de l'amour de son père, c'est vis-à-vis de ses enfants, son épouse étant occultée dans un mythe d'adoration qui ne lui laisse au fond que peu de place. Quant à la notion d'autorité émergeant de ses propos, elle admet volontiers qu'elle s'adressait surtout à sa mère, ce qui laisse supposer un couple assez " bancal " sur le plan des relations parents-enfants avec une quasi

constante interposition de ses enfants entre les deux membres du couple ainsi séparé de fait.

" Maman hypertendue meurt d'un infarctus du myocarde en 1974. Elle était veuve à 43 ans et n'a jamais pensé à se remarier. Ça ne lui venait même pas à l'idée, mais elle m'a dit un jour que si elle avait voulu... ". De toute façon, elle affirmait " j'aurais jamais pu remplacer ton père ". "Avec moi, elle a toujours été très agréable, nous n'avons jamais manqué de rien. Elle travaillait beaucoup... comme une mercenaire... elle allait à pieds faire la lessive dans une ferme après sa journée de travail... elle ne savait pas quoi nous faire pour nous faire plaisir. Nous étions tous très attachés à elle... oh là là ". (Elle se met à pleurer en évoquant cet attachement).

On soulignera simplement la force des liens mère-fille qu'on peut évaluer à la rapidité des larmes.

L'idéalisation du mari, sans correspondance de fait dans le souvenir quotidien, qui prend un rôle important puisqu'elle rend impossible toute nouvelle liaison avec un autre homme nécessairement plus éloigné de cet idéal, quand bien même cette possibilité est évoquée dans un " si j'avais voulu " qui confond les motivations de la " vie à deux " avec un volontariat dont " on peut se passer " et où, en tout état de cause, c'est la femme qui décide.

Enfin, une conduite envers le travail qui s'inscrit comme une " fuite en avant ", excluant l'autocritique et le don qu'il faut faire au temps pour laisser s'épanouir un désir, " fuite en avant destinée à combler sans cesse les manques de ses enfants qui " n'ont jamais manqué de rien ", qui n'ont ainsi jamais eu " le loisir " de se rendre compte de leurs propres désirs (cette conduite névrotique étant malheureusement statistiquement assez répandue et par malheureusement on considère surtout ceux qui la subisse sans avoir eu à faire de choix, donc le plus souvent, les enfants.

III - ANTECEDENTS PERSONNELS

a/ Avant son mariage : Elle parle de sa jeunesse comme " du bon vieux temps " et si l'on sépare ses antécédents par le mariage, c'est qu'elle-même oppose sans arrêt dans son discours, ce " bon vieux temps passé " à ce " calvaire " qui s'est installé très vite dans sa vie maritale.

b/ Mariage :

. Relations avec son mari : Pendant la première demi-heure de l'entretien que nous avons eu avec elle, elle ne peut visiblement que parler de lui, bien que nous n'ayons pas abordé nous-même ce sujet de conversation (Elle profite de mon interrogation faite à propos de son nom de jeune fille d'origine italienne, pour associer le fait : " qu'elle n'a jamais été en Italie à cause de son mari qui n'aime pas sortir, qui n'aime pas faire de longs voyages, qui même pour aller à Bron où habite son frère s'arrête au parking de Vénissieux en attendant que le dit frère vienne le chercher... " si bien qu'en quelques minutes, elle peut affirmer en toute logique : " je crois que mon mari a besoin d'être soigné ". Il est à remarquer d'ailleurs qu'elle re reparlera plus des soins à prodiguer à son mari, un peu comme si cette possibilité avait évoqué en elle le fait d'une amélioration du dit mari qui n'était au fond, pas désirée inconsciemment. Si on peut parler d'oubli à ce sujet, on peut affirmer que la mémoire de l'hystérique sert à quelque chose.

On retrouve son ambivalence au niveau de l'idéal de mari qu'elle s'était forgé : " J'aurais aimé avoir un mari, pas idéal parce que ça n'existe pas, mais doux... le cajoler ; lui, pas question... j'ai été lésée ". (On peut donc penser qu'il n'existait pas de mari pour elle, implicitement cet idéal nié est en effet affirmé dans des mots difficilement acceptables pour un homme, au moins à long terme, exemple : doux, cajoler... qui s'adaptent plus volontiers à des relations enfantines).

Elle explique d'ailleurs assez mal le choix de ce mari : " j'arrive à me demander ce qui m'a plu en lui... en 31 ans de mariage, il a toujours été pareil... rien que d'en parler j'ai mon coeur qui part... j'ai l'impression d'avoir totalement raté ma vie de couple (l'interrogation mal résolue au niveau de l'idéal en ce qui concerne les hommes en général, se retrouve au niveau de la réalité, vécue comme particulièrement frustrante. Elle a employé le terme de " lésée " précédemment. Elle emploie maintenant le terme de " raté " et ceci a certainement une signification profonde, malgré l'actualité de son syndrome dépressif qui joue simplement un rôle de surenchère).

Si on veut brosser un portrait rapide de son mari en utilisant le langage de sa femme, on retient : " mon mari, c'était la terreur... On a l'impression qu'il se sent persécuté... Il en veut toujours au monde entier, il est brouillé avec toute sa famille, n'a pas d'amis, a une sainte horreur de la gaieté, les variétés à la télévision le mettent d'une humeur massacrate. On croit lui faire plaisir et c'est à ce moment que l'on se trompe ". Ce discours donne l'impression qu'il ne pourrait vivre avec personne et ce n'est peut-être pas un hasard si cette impression naît en nous au cours de la conversation en face à face avec Madame V... qui va même jusqu'à l'outrance en rapportant : " il vous dira que ceux qui mettent des enfants au monde sont les plus grands criminels que la terre ait portés ", même si elle modère ceci par cela : " remarquez, il n'a pas que des défauts " (elle associe aux difficultés de vivre de son mari le fait qu'il lui a toujours dit qu'il " avait été lésé de prendre le métier de boulanger qui avait été celui de son père et de son grand-père et pour lequel il n'avait aucune vocation ". On peut douter en fait de cette explication puisque depuis dix ans son mari est devenu vitrificateur de parquets et que ce nouveau métier n'a en rien changé les habitudes du couple).

Actuellement, la malade affirme vouloir prendre une décision quant à l'avenir de ce couple : " où j'ai été pendant 31 ans

son souffre-douleur ", mais là encore la séparation n'est envisagée que " du bout des lèvres ", immédiatement associée à un " et mes enfants "... ceci dans les mots et dans les faits un état officieux, sans décision légale, bien qu'elle prenne à partie le service quant à cette décision qui n'en est pas une. Cette attitude de prendre les autres à témoin est d'ailleurs assez caractéristique de la névrose. Elle l'affirme d'ailleurs : " mon fils dit que cette situation est de ma faute, car j'ai toujours tout laissé faire... je n'ai jamais rien répondu... Docteur, qu'est-ce qu'il fallait faire ? " (Cf. l'article de F. PERRIER " L'hystérique est toujours prête à nous prendre à témoin de son malheur ").

On peut mettre en exergue pour conclure ce paragraphe le fait que son mari ne " se plaint que dans le travail ", cette limitation du plaisir n'étant pas sans rappeler la propre éthique de la mère de notre malade. Cette analogie a sans doute contribué à son attrait pour lui.

. Education des enfants : Madame V... y attache une importance particulière : " j'aurais été punie si je n'avais pas eu d'enfants... ça aurait été une grande punition... les enfants pour moi, c'est sacré. J'ai été en bonne santé pendant mes deux grossesses et j'ai trois petits-fils que j'adore " (cette inclination vers l'enfance est retrouvée pratiquement constamment chez les hystériques qui s'octroient une place de choix dans les statistiques de personnel s'occupant d'enfants (puéricultrices), ou mater-nant des adultes (infirmières).

Quant à l'appréciation de l'éducation qu'elle leur a donnée, elle est faite également de regrets et d'échecs et on doit faire l'analogie avec les regrets et les échecs de sa relation avec son mari. Elle en parle en ces termes : " Je regrette que mes enfants n'aient pas eu de vie familiale... ils ont été traumatisés tous les deux... ma belle-fille m'a dit que mon fils était très renfermé. Ma fille s'est séparée de son mari et depuis mon mari ne

veut plus la voir : " je n'ai plus de fille ".

Ce sont ses enfants et leur évocation qui lui font remettre une T.S. : " l'année passée, j'ai failli prendre tous mes comprimés, mais j'ai pensé à mes enfants ".

IV - CONCLUSION

Cette femme dépressive à l'âge de la ménopause ne désire pas de traitement anti-dépresseur (on dirait qu'elle a peur d'aller mieux par rapport au personnage triste auquel elle colle depuis son entrée dans le service, sa tristesse pouvant justifier son sadisme envers le mari, ce qui n'en serait peut-être pas de même si elle allait mieux). Puisqu'elle affirme que la solitude ne lui fait pas peur, on ne parle avec elle au point de vue des solutions à son état, que d'une séparation, ce qui a plusieurs avantages :

- axer son avenir sur une solution qu'elle a trouvée personnellement et où elle demande en définitive la bénédiction des autres,

- ne pas diversifier trop les solutions à un problème devenu aigu et qui effectivement doit être résolu sans que l'on ait à tenir compte des raisons névrotiques qu'elle a eues pour en arriver là. Le renforcement narcissique ainsi apporté devrait suffir à passer un cap, même si un syndrome dépressif en rapport avec sa solitude s'installe par la suite comme c'est souvent le cas en pareille situation. Dans ce deuxième cas, on aura recours aux anti-dépresseurs.

Diagnostic : Structure hystérique typique

Revue avant son départ en maison de repos (comme prévu ensemble), sa séparation sera effective à son retour où elle vivra dans une petite maison que lui a laissée sa mère, mais le mari fait comme si ce n'était qu'un enfantillage (il faut souligner que sa femme n'a jamais été explicite avec lui sur ce sujet. A ma question : " Comment pensez-vous qu'il va prendre la séparation ? " son visage devient pathétique, mais au tragique associé à sa réponse " mal "

dans sa pose théâtrale, on perçoit comme un sourire qu'elle réprime en baissant les yeux comme une enfant coupable).

A noter enfin qu'au point de vue onirique, elle rêve souvent que son mari la menace avec un fusil ou un revolver, alors qu'elle a la phobie des armes à feu, ce qu'on peut interpréter comme un renversement de situation (la situation refoulée étant celle de posséder elle-même une arme, symbole de toute puissance phallique avec le fantasme sous-jacent de négation de la différence des sexes par non acceptation de la castration symbolique et par extension de la différence avec l'autre qui met en jeu le diptyque fusion-persécution).

V - COMMENTAIRES A L'OBSERVATION DU SERVICE CI-DESSUS

En feuilletant le dossier psychiatrique de Madame V..., malade personnelle du Docteur D..., deux points soulignés n'avaient pas trouvé place dans l'observation du service. A posteriori, je crois que ces omissions que j'avais pourtant développées dans mes notes, ne m'étaient pas apparues comme essentielles à la compréhension du psychisme de l'hospitalisée par des médecins ou des infirmières qui n'avaient pas de formation psychanalytique et qui auraient pu en être plus gênés qu'éclairés si le temps passé à en débattre avec eux n'avait pas été prévu (ce qui était le cas à cette époque). Leur présence aujourd'hui dans cette thèse s'inscrit non comme une réparation, mais plutôt comme un regard, bien sûr partiel, sur les coulisses de notre pratique où le souci de spontanéité du psychiatre dans ses écrits en particulier, n'a pas été mis en avant par rapport au potentiel de réceptivité de ses collègues (ce qui peut être considéré en fait comme une prise en compte de la réalité de la situation et de la valeur " outil de travail commun " de l'observation pour l'équipe soignante).

Ces deux éléments sont :

a/ L'attrait du mari pour les livres de mécanique automobile (qui peut être qualifié de " passionnel " lorsqu'on entend sa femme décrire cette attitude), fonctionne sans doute comme substitut-déplacement tentant de simplifier le problème des rapports conjugaux et de permettre une certaine sécurité d'explication rationnelle d'autant plus investie que celle de leur couple est problématique. Cette analogie n'est pas sans évoquer la passion de certains médecins à fixer l'insécurité liée à leur métier dans des théories dont le temps nous apprend qu'elles se succèdent et traduisent en leur renouvellement les progrès simultanés et indissociables de la connaissance et de la méconnaissance. Le parallélisme entre la maîtrise des techniques de la science appliquée et la maîtrise du monde par la science dont le champ de recherche, donc d'évaluation de l'inconnu, ne fait que croître, n'étant en fait que le fruit d'un fantasme de toute puissance, tel celui qui faisait de l'homme et de sa planète le centre du monde dans l'ère pré-galiléenne (Cf. " La Vie de Galilée " de Bertolt BRECHT) et le souci de son auteur d'y souligner l'énorme contraste entre les limites de la vérité scientifique, les mythes populaires qui lui préexistaient ou qui prennent naissance à partir d'elle.*

b/ Une affirmation de Madame V... : " Quand j'entends le mari de la femme d'en face dire à sa femme " Comment ça va ? ", ça me sert le coeur ".

Cette situation triangulaire, cul-de-sac, piégeant l'hystérique, prend une dimension symbolique prégnante qui va marquer de son sceau ses rapports hétéro et homosexuels futurs (Cf. cas de DORA repris par J. LACAN dans " Les Ecrits " (Seuil 1966).

La femme du voisin à laquelle Madame V... s'identifie comme jadis elle a pu le faire avec sa propre mère, détient un secret qui la touche émotionnellement, mais dont la connaissance lui échappera tant qu'elle persistera dans une vision inspirée de fantasme phallique, à en considérer l'aspect possessif et personnel plutôt que

* Les mots d'Albert JACQUART, Professeur à l'Université de GENEVE : " le danger le plus immédiat me semble être celui d'une illusion sur l'importance des acquis de la recherche " - mai 76).

l'aspect complémentaire et relationnel à l'homme. Dans son discours comme dans les rêves, ce dernier prend une place d'acteur principal qui amortit la charge d'affect du personnage en réalité prééminent de la mère, laissé dans l'ombre (Cf. L'excellent article intitulé : "L'entourage de l'hystérique" in Confrontation Psychiatrique 1968 ou ISRAEL écrit : " Le père est gênant en ceci qu'il n'a pu être qu'une apparition transitoire dans la vie de la mère et qu'il n'a jamais fonctionné comme un homme complet, c'est-à-dire comme celui qui " l'a ", ce qui a permis à la mère de conserver son illusion de ne pas en avoir besoin et qui repose l'origine de la structuration " H " en terme de filiation").

Comme la passion de la mécanique pour le mari de Madame V. peut renvoyer à la passion de rationaliser la maladie par les médecins, le serrement de coeur de Madame V... peut renvoyer aux motivations étayant le choix même du métier d'infirmière, la scène du couple des voisins étant alors en analogie structurale avec les fantasmes de relation médecin-malade ou l'infirmière prend le rôle de Madame V... en tant qu'observateur impliqué émotionnellement (Cf. d'une part "Le Jeu du Docteur" mémorisé dans la petite enfance et d'autre part la lecture et les illustrations du livre de J.P. VALABREGA " La Relation Thérapeutique : Malade et Médecin ", Flammarion 1962, où se pose avec acuité l'existence d'une rencontre sexualisée entre une femme malade et un homme médecin). Cette hypothèse permet de considérer l'idéal pragmatique refoulé de l'infirmière en regard de la constatation d'un fort pourcentage de névrose hystérique plus ou moins compensée dans la profession (Cf. article EMC d'ISRAEL sur l'Hystérie).

Ce dernier aspect pourrait rester anecdotique s'il ne venait modifier les conditions de soin hospitalier (Cf. Les problèmes posés par le passage d'une jeune fille schizophrène du service du Professeur VERNEYRE à l'Hôpital de Jour de Psychiatrie, observation

de Denise G...), tandis qu'il permet un abord psychologique des difficultés ou des facilités rencontrées dans les pratiques d'infirmière D.E. (diplôme d'état orienté en général vers le "somatique") formée à l'Hôpital Général et d'infirmière psychiatrique, formée à l'Hôpital Psychiatrique. Dans le premier cas, les rôles médecin-malade-infirmière sont assez bien définis dans la pratique où les examens biologiques valorisent une prise en charge assez technici-sée sous couvert d'une éthique à prépondérance scientifique. Dans le second cas et dans l'optique d'un service de psychiatrie ouvert, dont le Chef de Service ne fuit pas l'aspect relationnel de ses patients, les trois rôles deviennent étonnamment interchangeables, provoquant parfois des accès de dépersonnalisation et recréant souvent une atmosphère fusionnelle particulièrement préjudiciable à l'autonomie de chacun et particulièrement favorable à la chronicisation de la situation ou à son éclatement.

Dans le premier cas, le statut social clair et l'appartenance à un système objectif, a tendance à éloigner la problématique oedipienne contenue dans le fantasme de la relation à trois, malade-infirmière-médecin et à offrir des possibilités non négligeables de sublimation.

Dans le second cas, l'absence de statut officiel, l'implication rapide (très souvent la formation se fait "sur le tas" sans encadrement véritable étant donné les besoins) à la vie relationnelle de personnalité psychotique, enflamme la névrose et provoque des réactions secondaires qui vont de l'installation d'une névrose structurée à l'enrégimentement idéologique, quand ce n'est pas un désinvestissement professionnel aboutissant à une fonctionnarisation (bien entendu au sens péjoratif du terme). Le fait de la méconnaissance de la physiopathologie médicale rend encore plus frustrant celui d'en assumer les applications pratiques et il faut souligner là un manque existant au niveau d'une formation où "le somatique" est réduit à un schéma parfois assez "paléontologique" (Cette métaphore condensant une vision médicale à la fois archaïque

et squelettique).

Cette observation montre par ses prolongements, combien la psychiatrie peut être considérée comme " subversive " (c'est un mot de P. BALVET, Séminaire Lyon 1976) pour le milieu qui la vit et qui trouve là une occasion de se scandaliser ou de se comprendre. La possibilité d'un dialogue centré sur sa pratique, oriente préférentiellement vers une meilleure compréhension, en tenant compte de ses implications conflictuelles groupales ou personnelles et évite une théorisation polémique d'autant plus sécurisante qu'elle est entachée d'utopie (les interviews rendront plus largement compte de la réalité de cette question).

AGE : 75 ans

I - CIRCUIT MEDICAL D'ARRIVEE DANS LE SERVICE (Madame P... avant Juin 1974).

Notre cliente entre dès la trentaine dans une ère de symptômes d'abord médicaux au sens strict, ensuite appartenant de façon caractérisée à la psychopathologie. Ainsi, d'une sensibilité particulière au froid des mains née de la puberté, l'année qui suit son mariage tardif (28 ans) voit s'affirmer un syndrome de Raynaud grave qui, malgré la ritualisation de son comportement digital, évoluera vers la déformation et l'handicap physique. Des vertiges de Ménières, tout à fait conformes aux cadres nosographiques classiques se répéteront à partir de mars 1974 (quatre ans après le début de son veuvage), tandis que son humeur glisse rapidement sur la pente de la dépression.

En mai 1974, sa première demande de soins ira au médecin généraliste qui traite le syndrome vertigineux au TORECAN (THIETHYL-PERAZINE). L'amélioration qui s'en suit sous forme d'un espacement des crises, n'empêche pas la mise en place d'une peur intense " que ça recommence ", qui lui fait mener une existence de recluse car : " qu'est-ce que les gens diraient de moi ? ". L'éventualité d'une consultation psychiatrique ne semble pas se poser au Docteur X... sinon pour mieux l'exclure dans l'assurance qu'il a de son propre savoir : " Je vous enverrai bien voir un psychiatre, mais de toute façon ça ne servira à rien ; il vous droguera et c'est tout "...

Ainsi, en panne sur l'autoroute de ce savoir mécanique

excluant l'hypothèse même d'une destination thérapeutique à la voie parallèle des " psy ", Madame P... se souvenant de cet habile praticien qui l'avait guérie d'un ulcère variqueux il y a de cela 19 ans, emprunte alors la voie homéopathique, croyant bien trouver là une issue à ses vertiges, impressionnants s'il en fut.

Sa route sera décidément pleine d'imprévus, car le Docteur Y... a, entre-temps, opté pour la psychanalyse. Au cours de l'entrevue qu'il lui accorde, sa nouvelle technique de soin ne lui semble guère appropriée puisqu'il pose une indication d'entrée dans un hospice de vieillards aux murs extérieurs particulièrement noirs et tristes. En réalité, la plaque du dit établissement a depuis peu fait peau neuve et la dénomination d'Hôpital y est administrativement de rigueur (sans doute pour ne pas décourager la " bonne conscience " des familles qui y placent leur vieillard... à moins que le consensus social n'ait exercé sa pression sur... le vocabulaire de la santé à défaut de pouvoir trouver les moyens d'en " blanchir " les murs et d'animer son inertie et son ennui. Une certaine hygiène des mots flatte ainsi l'hospice, comme il en a été décidé pour l'asile, c'est-à-dire surtout pour ne pas troubler la sérénité de ceux qui restent à l'extérieur !...

Les économistes et les planificateurs de la santé trouvent leur compte dans ces changements " bon marché " où la magie du mot utilisée dénagoriquement ressemble parfois assez aux " cache-misère-diagnostic " utilisés par la médecine pour mystifier un état pathologique dont l'absence de réalité thérapeutique ferait émerger l'inadmissible impuissance.

A l'intérieur, le médecin responsable des quelques 600 lits qu'il contient, non sans promiscuité, l'accueille en personne mais s'inquiète aussitôt devant une sémiologie dépressive assez marquée pour évoquer fortement des fantasmes de mort gênant l'exercice de ses fonctions. Il préfère donc s'en remettre au service de psychiatrie voisin en ces termes : " Avec des idées de mort,

d'ensevelissement ou de crainte de ne pas être enterrée, Madame P... paraît consciente de ses troubles mais est aussi susceptible de faire éventuellement un raptus anxieux. Il ne me paraît pas possible de l'hospitaliser en ce moment et vous serez mieux à même que moi de vous en occuper ".

Dans cette correspondance, la symptomatologie " somatique " passe nettement au second plan et est reléguée au bas de la page, après la signature : " Elle souffre aussi d'un syndrome de Raynaud qui nécessiterait certainement des investigations complémentaires ".

Parée de cette assurance d'objectivation, Madame P..., accompagnée d'une infirmière garante du fait " qu'il ne se passera rien " d'une consultation à l'autre, nous est présentée le jour même.

II - LA RENCONTRE AVEC MADAME P... (JUN 1974)

Par les rares paroles qu'elle nous adresse, son auto-estimation de la situation est effectivement empreinte de désespoir : " Je suis lasse à en mourir ". Sa passivité extrême semble avoir eu raison de son angoisse. Dans notre tête-à-tête, elle paraît avoir épuisé ses dernières ressources et il n'est pas évident du tout qu'elle attende " quelque chose de nous " (on ne saurait préciser). Anorexique, cloîtrée dans un petit appartement qu'elle a renoncé durement à " tenir en ordre ", elle affirme du bout des lèvres avoir vu disparaître petit à petit sa dernière distraction, la lecture, aboutissant à une conclusion tragique, même si usitée : " La vie ne me dit plus rien ".

Entièrement vêtue de noir depuis le décès de son mari il y a quatre ans, son visage d'albâtre ne traduit aucun affect quand elle nous livre en détournant un regard vide " sa peur de mourir chez elle, toute seule ", qu'elle a tôt fait d'associer à celle non moins

cruciale " de ne pas être enterrée avec son mari ". Ses réflexions d'un calme mortifère ne paraissent angoissantes qu'à postériori, en réaction peut-être à la réalité d'un état intermédiaire entre la vie et la mort qu'elle nous semble incarner tout à fait et qui déroute à la fois nos schèmes de pensée personnelle et nos habitudes de thérapeute. Le problème posé crûment et à l'évidence étant bien d'organiser le départ définitif vers l'au-delà et non d'y surseoir.

En dehors du temps, des notions de passé, de présent et d'avenir se trouvent intriquées étrangement dans l'anticipation de son départ vers l'au-delà. En dehors des autres, les médecins se refusent à elle, alors qu'elle n'a pratiquement plus de famille (" il me reste une soeur en Bourgogne que je n'ai pas revue depuis l'enterrement de mon mari ") et que ses amies se limitent à deux célibataires de vingt ans plus jeunes qu'elle " des voisines " qui me diront par la suite : " on ne savait plus que faire pour elle ".

Notre écoute semble avoir fait barrage à l'extension de ce délire contenu. En effet, nous l'avons écoutée en lui donnant rapidement l'assurance qu'un traitement par perfusion était tout à fait adapté à sa situation... nous l'avons écoutée sans répondre à sa demande à peine voilée d'extrême onction (" l'hôpital à mon âge, on vient y mourir ")... nous l'avons écoutée et sa parole s'est trouvée remise en question, privée de son authentification par " l'autre ", impuissante qu'elle était à faire vibrer un écho assez fort en nous... nous l'avons écoutée, sans pour cela que le personnage de croque-mort qu'elle nous avait fait endosser lui réponde dans son langage... nous l'avons écoutée sans que ses projections puissent dicter le scénario d'un jeu de rôle macabre dans notre face à face. La confiance que nous avons envers l'équipe soignante, la chimiothérapie anti-dépressive et last but not least, la prise en charge psychologique personnelle de cette morte-vivante a limité notre réponse à l'appel sadique créé en nous par son propre masochisme. Par un non posé à ses prétentions, constante de fond de notre discours, bien que jamais prononcé, nous pensons avoir exercé un pouvoir tampon (au sens

chimique du terme), vis-à-vis de son propre sadisme qui, ayant trouvé un objet de contestation en-dehors d'elle, pouvait dans un deuxième temps se métaboliser sous forme d'agressivité à mon égard, soulageant par là sa dynamique dépressive de façon spectaculaire. Ces changements ont véritablement marqué un tournant décisif dans la maladie de Madame P...

III - L'HOSPITALISATION (7 Juin 1974 au 13 Juillet 1974)

a/ La prise en charge par le Service du Professeur VERNEY

Dans une chambre à trois lits, elle se retrouve en compagnie de deux jeunes filles d'une vingtaine d'années que nous avons admises, la première pour invasion schizophrénique, la seconde à la suite d'une série de tentatives de suicide dans le cadre d'une psychose hystérique. Cette rencontre de Madame P... avec le délire lointain de Michèle B... et le comportement séducteur de Félicie R... a sans doute, outre la surprise, renforcé le paradoxe combien mobilisateur d'énergie, constatant la distance incommensurable entre l'anticipation imaginaire de son entrée en Hospice de vieillards (rattachée à une symbolique pré-mortem) et la réalité d'un traitement assuré actif, en compagnie de deux jeunes filles qui peut-être même, par leurs accès psychopathologiques, n'en symbolisaient pas moins pour elle, la Vie... (" à cet âge, on n'est pas malade nous confiait-elle peu de temps après son arrivée ").

Les infirmières s'appliquent alors aux prélèvements divers d'un bilan général (NF, VS, Albuminurie, Acétonurie, glycosurie, glycémie et urée sanguine) qui servira d'amorce à un dialogue en même temps qu'il contient en lui d'importants points de réassurance pour le " corps " (les fantasmes, sur un corps dont toute maladie nous fait douter, ne sont sûrement pas les mêmes lorsque la médecine et ses examens de laboratoire lui signent un certificat de conformité, tandis que la porte de la psychothérapie s'ouvre !).

Autant ce classique bilan peut s'inscrire dans un rite médical quasi obsessionnel de lutte contre l'angoisse, autant il peut (et ce second aspect est sans doute assez souvent complémentaire du précédent dans la mesure où cette angoisse du médecin n'est pas assez intense pour y faire écran) fonctionner comme un activateur d'une certaine fonction sacrée de l'art de soigner dont l'archaïsme nous rappelle qu'il préexiste à la vérité scientifique objective du dosage, le primat absolu de cette dernière ne pouvant exister qu'au titre d'une idéologie parfaitement utopiste s'auto-entretenant dans une série de vérification infinie, entraînant chez certains patients qui cherchent à s'en défendre, un véritable morcellement corporel.

Il paraît d'ailleurs assez artificiel de réduire au " soma " la portée de ces examens qui touchent de façon souvent indispensable au processus de " guérison " par leurs aspects de reconstruction narcissique et de modelage de l'image du corps, ces derniers pouvant être considérés comme des plaques tournantes de la psychodynamique dépressive de la personne âgée. Il est donc à craindre que, sans cette scientification biologique positive, la mobilisation du système ayant conduit à la dépression soit beaucoup plus difficile, pour ne pas dire alléatoire, en particulier dans le cas qui nous préoccupe.

Mme P... acceptera d'ailleurs beaucoup plus facilement les prélèvements sanguins et urinaires par rapport à leurs homologues, cette fois verbaux, des questionnaires autobiographiques que nous lui proposons personnellement (il faut dire que nous avons dû insister pour ce faire sur la valeur qu'auraient pour nous des réponses personnalisées pour mieux appréhender sa réalité de personne et mieux adapter son traitement).

L'impression de voyeurisme, de non respect de l'intimité, de curiosité déplacée que nous avons ressentie en face d'elle,

a été confirmée par la Cheftaine du service à laquelle elle affirmait le lendemain matin : " Je ne veux plus le voir, ce docteur, il pose trop de questions ". Heurtant à un moment critique les patterns culturels de traitement, cette agression par les mots, ajoutée au pari de normalité posé sur ses constantes corporelles, confinait le viol du point de vue psychanalytique (témoin, le préambule piquant introduit par notre Cheftaine pour amener l'affirmation de Madame P... dans le champ de cette interprétation : " On ne sait pas ce que vous lui avez fait, mais elle m'a dit..."). Cette réaction avait en effet été quasi immédiate. Devant ce fantasme persécutoire associé à une possible identification en femme hypersexualisée jouée par sa jeune voisine, le tableau clinique d'arrivée s'était spectaculairement modifié. Ce changement pouvait se cristalliser dans une formule lapidaire : " Il vaut mieux se sentir persécutée que ne plus se sentir exister ".

De fait, si ses " dernières volontés " de vivante moribonde avaient semble-t-il trouvé un terrain favorable en " l'attitude d'évitement-confirmant " des premiers médecins de la chaîne de soin qui l'a amenée jusqu'à nous (évitement motivé plus ou moins consciemment par la possibilité d'un suicide de type mélancolique, le terme de " raptus anxieux " utilisé par notre confrère de Gériatrie s'inscrivant bien dans ce sens), la relation qui s'établit dans le service tient plutôt du domaine du paradoxe, désamorçant le système mélancoliforme désormais repris au compte de la thérapeutique : la biologie met le holà à l'abandonnique corporelle, l'adaptation à sa nouvelle situation vient déformer le cadre soudain exigü et désuet de son ancien système de représentation auto et hétéro-entretenu, puis caduque. Le ton et le contenu de sa parole mutent. Même si ce n'est que velléitaire, elle affirme sa volonté à une personne tiers : " Je ne veux plus le voir ", ce qui, en un laps de temps aussi court et dans le cadre nosographique qui lui était imparti jusque-là, tient de la métamorphose plus que du changement, d'autant que cette parole-là, adressée à une femme tiers liée à moi par notre fonction commune de

soignants dans le même service est sans doute oedipienne, car elle paraît avoir été dite comme pour m'être rapportée. Il n'en a jamais été question d'elle à moi, même si ce n'était pour chacun de nous qu'un secret de polichinelle franchement névrotique. Nous avons pris de la distance avec certains aspects résolument psychotiques du tableau d'arrivée, ce qui n'est pas sans rappeler le mot de D. LAGACHE : "Le diagnostic s'efforce de saisir un moment évolutif de l'être humain".

Enfin, et pour mettre un terme à cette période de début d'hospitalisation qui a réellement été un tournant dans son mode d'existence, il semble important de préciser qu'il n'y a eu de notre part aucun apitoiement sur son "destin", aucune compréhension de principe sur les avatars de l'âge (c'est peut-être là notre conduite d'évitement, même si celle-ci n'est ni aussi absolue ni aussi consciente qu'on veut l'écrire), tant il apparaît à la lumière de l'expérience, que ces attitudes d'ordre fusionnel ont bien du mal à ne pas alimenter le système régressif qui colle au concept même de maladie, comme sa tentation suprême. La contradiction que nous avons essayé d'apporter à Madame P... n'a pas été, bien sûr, de pure forme (elle se serait inscrite alors dans un registre défensif entre l'angoisse qu'elle suscitait en nous et de fait devenait antirelationnelle).

b/ L'hospitalisation à la phase d'état

Schématiquement, les examens de laboratoire n'ont décelé aucune anomalie. L'électrocardiogramme d'entrée est parfait. Madame P... est donc perfusée chaque matin pendant 20 jours avec 250 cc de sérum glucosé isotonique renfermant 25 mg d'ANAFRANIL et 3 ampoules d'HEPTAMYL. De plus, per os, 50 mg de DOXEPINE (Sinéquan) et 60 gouttes de DIHYDROERGOTAMINE trois fois par jour.

Nous avons eu avec elle trois fois par semaine des

entretiens psychothérapeutiques courts (environ 20 à 30 minutes), dont nous avons ensemble établi l'horaire. Mon Collègue, Interne de Cardiologie, s'est occupé de l'examen physique et la voyait tous les matins ainsi que les autres malades de son service.

Un seuil "obsessionnel" de sécurité a été volontairement respecté dans notre distance relationnelle, ménageant ainsi un objet interne dont elle seule garde la teneur et qui a contribué à l'établissement d'un échange où le respect de l'autre était acquis, en-deca des contradictions que nous trouvions dans nos paroles respectives. Madame P... avait en fait assez vite accepté d'être remise en question pour une meilleure perception d'elle-même, dans les limites du contrat plus ou moins tacite qui nous liait.

Dans un esprit de synthèse et en conséquence sans respecter la chronologie de sa parole, on peut tracer les grandes lignes de son anamnèse.

Entre deux et six ans, elle vit en compagnie de quatre soeurs et de deux frères dans une maison dont la guerre de 14-18 a éloigné le "papa". C'est la mère qui fait tourner la petite exploitation agricole qu'ils possèdent, ceci sans doute au détriment d'un certain temps affectif qu'elle n'arrive pas à répartir entre ses enfants (d'autant que son cumul des rôles paternel et maternel secrète sûrement une certaine ambivalence). Madame P... parle de cette époque avec une certaine nostalgie : " Je faisais ce que je voulais, mais je n'étais pas gâtée ".

Ayant à la fois des frères et des soeurs plus âgés et plus jeunes qu'elle, elle ne se rappelle pas avoir éprouvé de jalousie particulière envers un ou plusieurs membres de sa fratrie, mais trouve dans le terme "passivité" du questionnaire de seconde enfance, un écho auquel elle donne du caractère en ajoutant :
" J'étais plutôt renfermée... je n'aimais pas m'amuser avec les

garçons car ils sont violents et bagarreurs ", (le père n'a réellement pas réussi par son absence-présence à humaniser le fantasme de l'homme dangereux).

De ses treize ans où apparaissent ses premières règles régulières à sa ménopause sans histoire à la cinquantaine, rien ne paraît avoir changé et en particulier, pas sa façon d'entrevoir la sexualité qui ne la concerne pratiquement pas. Sa mise à distance est telle que sa présence, quand elle en parle en notre tête-à-tête, me semble hypothétique en tant que personne sexuée. Elle se fige alors dans un rôle de figuration enfantin, tandis que ses paroles empruntées à une lignée maternelle moralisatrice, tombent pour classer définitivement l'affaire ainsi déclarée sans objet. Nous sommes de plein-pied dans la loi, pas dans le désir.

En abordant le problème de la scolarité, elle reprend possession d'elle-même, valorisée alors par un idéal à sa portée : " Je voulais toujours être la première en classe ", qu'elle n'admettait pas de laisser échapper tant il lui paraissait essentiel : " quand je ne l'étais pas, c'était le drame ", pour ne pas dire en terme légal, obligatoire. L'évocation de ses études se termine avec la nostalgie d'un métier d'institutrice qu'elle a vu s'éloigner du champ de ses réalités car : " on n'en avait pas les moyens ". Ainsi déçue dès l'âge de 15 ans, elle "rentre dans le textile ". Elle y sera bientôt contremaîtresse, incarnation de la loi et ceci pendant 25 ans : " Le métier me plaisait ".

" Avant, ça ne me disait rien ", mais à 28 ans, elle se marie avec un mécanicien de précision (chez qui on peut donc supposer des tendances obsessionnelles) asthmatique, dont elle ne parle que pour affirmer ses inclinaisons littéraires : " Il aimait lire de bons livres ". Il est de cinq ans son aîné et ceci peut compter comme une recherche inconsciente du père, si tant est que ce ne soit une lapalissade, car même sans compter la différence d'âge, l'activation

du système oedipien préexiste dans toute relation hétérosexuelle. L'important du problème réside dans le temps mis à le dépasser en introduisant une relation nouvelle, génitale (au sens psychanalytique du terme) qui peut toujours être remise en question.

Le problème des enfants doit être suggéré, mais sa réponse ambiguë nous laisse perplexe par un étayage bizarre : "On n'a rien fait contre, rien fait pour". Le rien semble tourner autour du pour et du contre comme autour d'un défaut de méthode que l'on est tenté de lui faire préciser (on ne cède pas à la tentation, dans un contexte qui aurait pu mettre à jour une thématique pulsionnelle dépassant son système de défense, donc dangereux). Mais, ne peut-on parler là, de forclusion des agis sexuels qui sont ainsi déspecifiés, dévitalisés, pour ne devenir qu'un signe permettant à la morale (catholique en l'occurrence) de relayer totalement la parole individuelle dans un de ses choix fondamentaux ? (Avoir des enfants redevenant alors un acte divin, tout à fait en dehors des prérogatives humaines, tout à fait magique, tout à fait antérieur à la notion même de faute). La régression qui se fait ainsi jour dans les paroles de Madame P..., si elle cadre bien avec le caractère obsessionnel de sa personnalité en s'intégrant dans un comportement général, est d'ailleurs utilisée dans le langage populaire stéphanois, mais alors dans une situation de " famille nombreuse " où elle prend le sens beaucoup plus espiègle des convenances qui n'en laissent pas moins à penser..., accréditées par le fameux : " Il ne faut pas me faire dire ce que je n'ai pas dit ". Alors, de pair avec un ton plutôt enjoué, à la limite de la grivoiserie, la notion même de régression est transcendée, tandis que s'esquivent celles de culpabilité et de tabou sexuel. Au sens freudien, un " mot d'esprit " est passé dans la culture, à chacun de le mener à ses fins.

Quelques dix années après sa ménopause, Madame P... qui " devait travailler debout à l'usine, est contrainte à une retraite anticipée de cinq ans, par un ulcère variqueux associé à

un mauvais état général ". Ainsi, son mari ne restera pas seul à la maison puisqu'il est socialement dans la même situation, mais légalement au point de vue de l'âge (dont nous avons déjà parlé). On est tenté de définir le nouveau rôle de Madame P... en continuité avec celui qu'elle quitte à l'usine. Pour son époux rhumatisant, asthmatique et cardiaque, elle organise la prévention et les soins en de multiples " précautions " et " recommandations " faites dans un minimum de mots avec une entente tacite ; elle en est devenue la " contremaîtresse " !

Dix ans de ce maternage assez technique n'empêche pas qu'un " arrêt du coeur l'emporte subitement ". Le deuil qui s'en suit (double parce qu'il implique, en plus du décès du conjoint, la perte de la fonction largement investie de laquelle il était l'élément indispensable), semble contenir un potentiel d'éléments mélancoliformes importants. Dans la réalité éminemment subjective de son imaginaire, où sont restés des fantasmes d'homme infiltrés de symboles préœdipiens, le phénomène du mariage, envisagé chez elle sous un angle où prime le culturel, n'aurait fait qu'insérer son mari dans un " couple d'état-civil " où chacun aurait trouvé dans le comportement de l'autre (qui apparaît si souvent comme son image dans un miroir et ce n'est sans doute pas un pur hasard), la base même d'un renforcement à sa propre attitude. Les cartes d'un jeu de rôle qui se perpétuait étaient ainsi redistribuées de jour en jour par deux faussaires autoritaires, truquant la partie à l'instar de ses acteurs pourtant commanditaires. On reconnaît bien là les manoeuvres directives du " surmoi " obsessionnel qui, sous couvert de défense, finit par engloutir l'économie du " moi " dans un " run away " à l'encontre des interdits dont les bénéfices secondaires se raréfient. Ainsi, l'enjeu oedipien de leur moi au désir fragile qui avait annoncé la mise à découvert, avec la légalisation de leur couple, se l'était vu aussitôt confisqué par un règlement de jeu auquel ils n'ont jamais consciemment eu accès. Par une surenchère sadique à cette tentative de maturation où se profilait le propre désir de l'autre estimé absolument dangereux, leurs

surmois se passaient un marché de dupes en imposant qu'il n'en serait jamais plus question et, pour ce faire, la partie continuerait jusqu'à leur mort dans le silence de la règle. Peu importe si les acteurs y laissaient leur santé. La sécurité et l'ordre étaient préservés et c'était bien devenu l'essentiel, un peu comme la sonnette du chien de PAVLOV était devenu l'essentiel d'une salivation occultant la nourriture. Mais le désir de l'autre est-il moins nécessaire que le manger et combien de temps peut-on " durer " à ce " petit jeu là "...?

Ainsi, dans la vie de Madame P..., le malaise entretenu dès l'enfance par cette inaccessibilité à l'oedipe, d'abord nié par le travail, puis dans un mariage signé par défaut (des Lacaniens diraient peut-être : " si nié par des faux ") allait ressurgir de par la sortie de jeu du substitut marital, mais ceci dans un environnement encore plus hypothétique quant aux conditions pour le réaliser ou plus probablement le bâillonner à nouveau. La crise d'identité et son autodésinvestissement qui s'en suivent et qui la conduisent jusqu'à nous paraissent tout à fait logiques si on accepte l'illorique de l'inconscient.

IV -- LA SORTIE ET L'EVOLUTION -- 13 Juillet 1974/Mai 1976

Tandis que je rédige l'ordonnance qui prolonge le traitement antidépresseur (la dose de 50 mg d'ANAFRANIL et 150 mg de SINEQUAN va rester stable pendant 18 mois), Madame P... prend l'initiative d'une question assez révélatrice : " Est-ce que je peux revenir me faire refaire des perfusions si ça ne va pas ? ", ce que nous avons confirmé, non sans rajouter qu'elle nous prêtait toujours de bien mauvaises intentions. Un rendez-vous devait être fixé en septembre par ses soins et par téléphone. Il en sera ainsi une fois par mois, par la suite Madame P... s'appliquant avec une précision d'horloge à respecter à la lettre les horaires de ses visites.

- Du syndrome de Raynaud qui faisait passer ses mains par des alternances de rougeur violacée et de blancheur cadavérique, qui faisait limiter au maximum ses " sorties au froid " malgré le port quasi permanent de gants variés à symbolique conjuratoire (il lui fallait de longs moments pour décider quelle sorte de gants elle allait mettre), elle a passé les deux derniers hivers les mains nues et sans souffrance, gardant simplement une déformation en volume pouvant être considérée comme séquellaire : " Il y a vingt ans que ça ne m'était pas arrivé ! ".

- Des vertiges de Ménières il ne semble persister par intermittence, qu'un syndrome d'hypotension orthostatique (sa tension artérielle qu'elle me rappelle de prendre à chaque consultation se maintient autour de 13/8), ceci dans un contexte de peur du vide : " Vous ne me feriez pas regarder du haut d'un pont ", qui à une époque troublée de sa vie aurait pris des proportions inquiétantes puisqu'elle ne pouvait plus, il y a trois ans, prendre les transports en commun (cette symptomatologie n'a pas été abordée sur le plan psychanalytique et a régressé avec les autres symptômes).

- Dans sa présentation, Madame P... met maintenant des foulards de couleur sur ses habits systématiquement noirs et en septembre 1975, elle m'a annoncé qu'elle allait déménager (le thème du déménagement avait toujours été mis en échec par son ambivalence d'une forte compulsion à retenir les objets qu'elle " conservait à leur place ", ceci depuis 1970 date du décès du mari), ce qui est aujourd'hui chose faite.

- La chimiothérapie antidépressive a été stoppée peu après sa nouvelle installation, lorsqu'elle est venue à un rendez-vous se plaignant depuis trois jours de vomissements en rajoutant : " Je ne sais pas d'où ça peut venir, mais j'ai arrêté les médicaments " ...! Elle ne conserve que quelques comprimés d'HYDROSARPAN dont le pouvoir pharmacologique est solidement épaulé par la fonction fétiche (on peut d'autant plus en parler que Madame P... en avait fait

de longues cures, sans grand résultat, avant notre prise en charge, alors qu'actuellement l'humour se mêle au sacré dans sa demande d'ordonnances qui le prescrivent).

- Dans ce nouvel équilibre ainsi réalisé, se posent des problèmes d'identification de Madame P... envers son thérapeute et vice-versa. De père à composante sadique, détenteur de la loi, fonctionnant comme starter, notre position par le relai d'une hospitalisation-perfusion maternante et sécurisante, a sans doute évoluée à l'intérieur du registre paternel dans le sens d'une meilleure acceptation. Ce " new-deal " précœdipien jetant les bases d'un changement durable, compatible avec " l'autre vie " dont elle parle maintenant.

Il paraît hypothétique de concevoir les changements survenus dans la santé globale de Madame P... à partir d'une hospitalisation en Hôpital Psychiatrique. Au moment de la prise en charge, son état ne pouvait sans doute pas résister à l'assaut des fantasmes culturels hérités d'une entrée chez ceux qu'on appelle encore " les fous " et qui l'auraient emportée avec eux dans la chronicité (on sait à cet âge, de combien de vieillards elle est le lot, lorsqu'ils ne s'abandonnent pas plutôt à la mort dans les jours qui suivent leur dérachement).

A un autre niveau, se pose d'ailleurs le problème du groupe de jeunes patientes avec lesquelles Madame P... a été mise d'emblée. Nous avons souligné ce rôle dans la mobilisation de son système de défense et de l'intérêt qu'il y a à mettre en présence des personnalités différentes et cela pas seulement dans leur pathologie. John M. DUSAY et Claude STEINER dans leur livre intitulé " L'Analyse Transactionnelle " (Editions Universitaires 1976) paraissent avoir su mettre à profit cette mixité " tout azimut " dans le préalable de leur groupe thérapeutique : " Il est prouvé que les

groupes hétérogènes quant à l'âge, le sexe, le diagnostic ou la gravité de la maladie sont préférables aux groupes homogènes dans lesquels les jeux, passe-temps et scénarios sont identiques et tendent à se renforcer mutuellement ".

L'hyperspécificité des lits qui se dessine dans les hôpitaux, aussi bien en ce qui concerne les âges que les variétés pathologiques de ses occupants, trouve là une critique d'autant plus pertinente qu'elle renforce la " Taylorisation " des soignants. L'efficacité technologique des concentrations de matériel et de spécialiste, officialisée dans un esprit de rendement, risque bel et bien d'aboutir à une utopie dans laquelle les bénéfices auxquels un tel système de soin aspire directement, sont remis en question indirectement par le milieu dans lequel elles se situent.

Observation n° 7 - M. F... Christian

AGE : 17 ans

I - OBSERVATION DE L'EXTERNE DU PAVILLON D'URGENCE MEDICALE

Tentative de suicide par absorption d'une trop grande quantité de rhum. Cliniquement, TA 10/7, auscultation normale, examen normal par ailleurs.

Psychologiquement, la cause de ce geste est en fait une jeune fille.

Jeune homme plutôt sentimental et romantique intoxiqué par ZOLA, semble avoir des problèmes scolaires et souffre du fait d'être fils unique.

II - OBSERVATION DU SERVICE DU PROFESSEUR VERNEYRE

1 - Antécédents pathologiques

Rhinopharyngites à répétition ayant laissé encore aujourd'hui une allergie au pollen saisonnière.

Alternance rhume des foins/acné depuis deux années.

2 - Antécédents familiaux

Fils unique : " j'ai voulu en foutre un petit coup à mes parents pour mieux me faire dorloter ", " j'ai lu ZOLA et j'ai imité un personnage du livre ".

L'histoire de cette " cuite au rhum " débute la veille où il arrête son travail et rentre chez lui pour un mal à la gorge en laissant son père continuer seul sur le chantier de la maison familiale qu'ils construisent eux-mêmes. Comme sa gorge le

pique, il commence à boire du rhum pour la calmer et s'identifie au personnage de ZOLA en continuant à boire. Ses paroles du lendemain sont imprégnées d'une néoculture ponctuelle dont on saisit mal l'intrication : " J'étais fils unique, je me suis défoulé dans la lecture, MAURIAC, GIONO, DAUDET... Je critique beaucoup... personne n'est parfait... Je ne comprends pas que BAZIN ait pu désirer la mort de sa mère... Je suis un râleur, je reproche tout et rien... Il faut savoir revenir sur la pensée de Confucius " La joie étant tout, il faut savoir l'extraire ".

3 - Structures parentales

. PARENTS : " Ils m'ont eu trop tard, je leur dit pas mal de choses, mais jamais l'essentiel que je garde pour moi ".

On constate qu'il essaie de remonter à ses origines, mais avant 1800 il ne sait plus d'où il vient. Par contre, il reproche à un de ses aïeux qui était intendant dans un château, donc serviteur, d'avoir couché avec la baronne du dit château.

. PERE : Travaille au GAZ de FRANCE. C'est un " gars moyen ", " pas assez débrouillard ", " il a raté sa vie, mais c'est une tête ; si on lui présente n'importe quel moteur, il trouve toujours le moyen de le réparer. Il construit sa maison lui-même ".

On sait aussi qu'il est resté cinq ans malade pour une histoire infectieuse étiquetée " septicémie " par la famille. Depuis, une phobie du cancer persiste.

. MERE : Plus âgée que le père, s'occupe de toutes les affaires. Accompagne son fils pour ses achats et aux consultations. Ce fils lui reproche son manque de culture et ses dictats de l'ordre.

. CHRISTIAN (le fils) : Voudrait faire de la pyrotechnique (voudrait rentrer à Creusot-Loire comme ingénieur des fours).

" J'ai toujours été fort en maths, mais cette année j'ai lâché ".

Il prend des leçons de rattrapage en mathématiques depuis la fin de l'année scolaire. D'après lui cet échec des maths, nouveau pour lui, serait dû à une mésentente avec son professeur. Il paraît avoir beaucoup investi ces leçons particulières données par un élève de l'Ecole des Mines avec lequel il s'entend bien, car ils ont en commun la passion de la radio amateur.

A dit à ses parents à son arrivée à l'hôpital qu'il avait des " mandrax" dans son rhum, alors qu'il me révèle que ce n'est pas vrai. Pendant son ivresse dont il garde des souvenirs très confus, il parle d'une " Monique " à son père, mais ne sait plus aujourd'hui qui est cette Monique, bien qu'il s'agisse sans doute de la soeur de son meilleur copain. Dans son délire alcoolique, il voulait se marier avec elle, alors qu'en fait, au niveau conscient, il n'a jamais eu envers elle que des sentiments amicaux assez distants. D'ailleurs ce garçon de 17 ans n'a pas de petite amie " puisque la carrière n'est pas assurée ". La sexualité ne l'intéresse pas en pratique : il est puceau.

Des professeurs lui ont dit qu'ils ne le jugent pas comme les autres car il est plus " mûr ". Par contre, bien qu'il affirme également " sur le plan de la sexualité, je suis plus au courant que les autres ", ceci ne touche qu'un niveau biologique qu'il juge supérieur et qu'il juge également non à la portée de tout le monde.

En ce moment il travaillait avec son père à construire la maison familiale, mais en se faisant tirer l'oreille car : "je suis assez susceptible".

Serait plutôt nocturne ; il aime bien la nuit qui

favorise chez lui un état pseudo-mystique au cours duquel il se pose des questions sur le sens de la vie : " Ça sert à quoi de vivre, j'en ai marre de la vie ".

Hier, il avait lu dans le journal du matin que des jeunes rentraient dans un état second en buvant un mélange d'alcool-mandrax et bien que ne possédant pas de ce dernier, il a su se donner l'illusion d'en avoir fait autant et l'a donnée également à son entourage.

4 - Au point de vue diagnostic, on pense à un début de schizophrénie avec flou de la personnalité, tendance marquée à la dépression, rationalisation de la sexualité, délire alcoolique à thème de dévoration et de meurtre s'insérant dans le cadre d'une famille à couple dissocié dont la mère prend les décisions.

5 - Au point de vue thérapeutique : bonne réaction aux neuroleptiques retard. Rentre chez lui après trois jours d'hospitalisation. Institution d'un traitement chimiothérapique au long cours. Rendez-vous pris en septembre.

III - COMMENTAIRE SECONDAIRE A LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Christian F... avait intrigué l'externe de garde du Service des Urgences par un comportement inhabituel pour une " cuite ". Si la " cause " était retrouvée en la personne d'une jeune fille dans son observation, cette déduction, pour habituelle qu'elle puisse être, n'avait été posée qu'à partir de quelques mots (Monique) désinsérés de l'ensemble du discours compliqué de Christian et elle n'arrivait pas à satisfaire tout à fait aux normes du diagnostic médical d'état d'ivresse aiguë, auxquelles tout participant aux services d'urgences est très vite confronté.

C'est avec une " conscience professionnelle " qui lui fait honneur que l'externe précisera son manque de satisfaction en soulignant que l'intoxication n'était pas seulement le fait de l'alcool mais aussi celui de ZOLA ! Le hiatus entre la mémorisation du " tuyau classique " et l'observation de ce malade qui n'y trouvait pas sa place dans " l'intervalle de confiance " habituel, tentait d'être comblé par des problèmes sentimentaux, scolaires et familiaux.

La rencontre de l'observateur à formation médicale prédominante et du psychiatre qu'il avait appelé, était riche d'impressions prises la veille, au moment où les défenses habituelles de l'observé avaient été mises à mal par l'effet révélateur de l'alcool. Un certain mystère, une certaine bizarrierie farfelue et de toute évidence une marge d'incompréhension beaucoup plus importante que n'avait voulu le laisser transparaître le mot de l'observation, ressortait du discours de l'externe (ceci d'autant plus peut-être que la communauté d'âge de l'observateur et de l'observé avait facilité la mise en jeu du phénomène d'identification).

Avec le recul du temps par rapport à l'évènement, une certaine perplexité avait même été éveillée une fois les soucis quotidiens inhérents à son rôle réglés. Son insistance à remettre de l'ordre dans l'univers chaotique dont il avait été le témoin et où il était question de meurtre, de monstre et de mariage à la fois, dans une atmosphère particulièrement tendue (les parents de Christian me diront avoir été " effrayés "), son insistance également à m'attendre pour savoir " à quel genre de type " il avait eu à faire, témoignaient d'un certain trouble projeté dans ses pensées, alors même qu'il tentait de se décharger au moins en partie de son vécu pénible en la personne du spécialiste (avec peut-être l'espoir répandu que le savoir de ce dernier allait neutraliser l'effet paradoxal produit chez lui par le " malade " et mettre ainsi un terme à " l'insupportable " dialectique de l'observateur observé !... Cf. MERLEAU-PONTY " Phénoménologie de la Perception ").

Mon premier contact avec ce fêtard pas comme les autres avait su aussi toucher ma sensibilité, puisque je l'avais retranscrit à postériori dans mes notes, ce qui a permis le passage qui suit.

En entrant dans sa chambre, le jeune homme évoque assez l'éphèbe par la blancheur inaccoutumée de son teint et une certaine candeur intimement mêlée à une nonchalance que l'on hésite à troubler.

Dès ses premières paroles, il adopte d'emblée une attitude qui peut sembler discordante dans la mesure où elles ne collent pas à l'attente que son être silencieux venait de créer. Une quinzaine d'heures se sont écoulées depuis son arrivée au service d'urgence et tout ce qui touche le pourquoi de sa présence ici est nié avec opiniâtreté, sans pour autant qu'il réclame sa sortie ! Ses réponses sont courtes, sèches, méfiantes, piquantes et si, dans un premier temps, je crois qu'elles sont sans doute destinées à couper court à ce qui pourrait me laisser à penser... dans un second temps, je me surprends à me demander quel rôle il me fait jouer ici où "il ne sait pas pourquoi il est là" et où il me demande " quel est le nom de l'hôpital " ? (cela dans une expression de visage qui, entre deux paroles, tient du mime MARCEAU par ses impassibilités successivement retrouvées). Il paraît tout à fait se désintéresser de sa situation passée quand je lui dit qu'il a " un peu bu hier au soir ", mais comme je lui demande " ce qu'il compte faire maintenant " ?, il m'interroge à son tour après un silence qui m'avait fait croire qu'il n'avait pas entendu ma question : " Quelle heure est-il ?... J'ai des cours de math à 8 H $\frac{1}{2}$ cinq jours sur sept ". Avec les mathématiques, son visage retrouve un peu d'allant et permet d'entrevoir la base d'une conversation plus réelle, même si pour cela je prends le risque de lui promettre de l'emmener à celui du lendemain matin, car pour aujourd'hui il est un peu tard. Pratiquement, c'est notre seule entente, le seul point où il y ait eu un échange et une compréhension entre nous. En effet, les tentatives pour situer " Monique " dont il avait prononcé plusieurs fois le prénom hier, restaient sans résultats :

" Je ne connais pas de Monique ! " et les thèmes de meurtre et de monstres qui avaient également émaillés son délire ne sont pas abordés en la circonstance. Face à l'attitude directive que je prends en l'informant qu'il allait être hospitalisé quelques jours dans un autre service où je passerais le voir cet après-midi et alors que je m'attends un peu à des protestations, même formelles, il reste placide mais répond à mon " à tout à l'heure " par un autre " à tout à l'heure " où je crois entendre mon écho !

La rencontre de l'après-midi débute sous de meilleurs auspices : même si les premières paroles remettent d'emblée la question des " leçons de math " au premier plan de ses préoccupations, nous pouvons parler ensemble des difficultés scolaires qui les ont motivées, de la jeune professeur qu'il a eue cette année et avec laquelle s'est créé un malaise (le représentant des mathématiques et l'élégante séduction dont elle avait fait preuve dans un Collège Catholique, paraissent avoir eu du mal à être représentés chez lui par la même personne) et enfin, de l'élève de l'Ecole des Mines qui a bien voulu accepter de lui faire rattraper son retard pendant ce mois de juillet (une passion commune pour les communications radio et le respect des " maths " redevenues masculines en avaient assuré le succès et entretenaient l'espoir vivace d'une réparation car il avait toujours été fort dans cette matière).

Cependant, le sens du dialogue balbutie et trébuche assez souvent dès qu'on aborde son sens de la vie, ses parents (les éléments les plus riches sont rapportés dans l'observation du service mais son aspect insolite globalement est assez délicat à traduire ...)

Un traitement antidépresseur (ANAFRANIL 50 mg - SINEQUAN 150 mg/jour) et Neuroleptique (DOGMATIL 600 mg/j + MODECATE 1 ampoule 25 mg/3semaine) est mis en route à la suite d'explications sur son rôle visant à " limiter sa tristesse et à faciliter notre compréhension dans certains points qui ne me paraissent pas très clairs ".

Le lendemain matin, il m'attend habillé comme un premier communiant, debout au chevet de son lit vide. Il est 8 h $\frac{1}{4}$ et je l'emmène en voiture prendre sa leçon. Je ne suis pas très rassuré par le fait de le laisser revenir seul, mais comme il me le propose avec conviction, je ne me sens pas le droit de lui refuser ce retour autonome, d'autant plus que le peu de paroles échangées sur le ton des banalités, ne relevait pas de signes francs de discordance.

A son retour, je me dis que la partie est gagnée : il sortira en effet trois jours plus tard, ayant eu ainsi le temps de refermer sa brèche psychotique sans précipitation, dans le calme d'un service accueillant qui lui avait fait connaître les ennuis, cette fois à prépondérance somatique de son voisin et qui avait permis l'ébauche d'une relation avec un psychiatre.

Je reverrai Christian régulièrement toutes les trois semaines jusqu'à Noël 1974, tous les deux mois ensuite, pendant un an et tous les trois mois depuis le début 1976.

Il est avec constance premier de sa classe préparatoire au Bac Technique et cela : " sans travailler au maximum ". Si les neuroleptiques ont été abandonnés trois mois après l'hospitalisation, il ne tient pas du tout à se passer des antidépresseurs qui " améliorent mon rendement ". Je les lui prescrit moins qu'il ne les "utilise " (mars 75).

Assez strict sur l'heure des rendez-vous, il ne manque jamais de me faire remarquer mes retards même minimes (quand ils existent).

Assez strict sur la propreté et l'ordre également : Lors d'un voyage en Grande-Bretagne pendant l'été dernier, il est choqué :

. par le non respect des pelouses dans les parcs et passera quelques temps avant de se rendre à l'évidence : " C'est pas écrit qu'il ne faut pas le faire " (Sept. 75)

. par l'atmosphère d'éducation très libérale qu'il trouve chez le couple d'anglais qui l'accueille : " Ils laissaient manger la gosse de 18 mois seule qui en mettait de partout... ils ne nettoyaient qu'à la fin " (Sept. 75).

Cette vision ne se lasse pas de lui être problématique, malgré sa rationalisation par les moeurs du pays : " Les Français, on est toujours habitués à être suivi, la mère est toujours derrière à réprimander " (Sept. 75).

Ses raisonnements surprennent assez souvent quand il se met à les pousser plus loin qu'il ne le fait en général : " Il vaudrait mieux un univers avec uniquement des hommes pour augmenter la production industrielle, car il n'y aurait pas de problèmes d'affinités qui ne sont que perte de temps. Ainsi, il n'y aurait plus de faillites, plus de change " (avril 75). Ceci a pour effet de lui faire prendre parfois des attitudes réformatrices en ce qui concerne l'enseignement de l'anglais, bien qu'il ne semble pas en mesurer l'impact réel : " Au fond, si on avait plus de vocabulaire et moins de grammaire, on pourrait beaucoup plus se débrouiller, un peu comme les Arabes qui débarquent en France, ils savent les mots sans connaître le fonctionnement de la langue " (juin 1975).

Ses qualités introspectives n'en sont pas pour autant prééminentes, car un narcissisme particulièrement sensible lui impose souvent des règles relationnelles : " Quand je suis dans l'erreur, j'essaie toujours de trouver un biais pour avoir quand même raison vis-à-vis des autres " (avril 75), en même temps qu'il permet de se placer en-dehors des conduites de son milieu : " Etre amoureux et vivre sa vie avec une fille, il n'y a pas de distance entre les deux choses pour moi-même s'il y en a pour les autres " (Sept. 74).

1247

C'est sans doute dans cette collusion " entre ces deux choses " qu'est pris au piège son accession au désir sexuel en-dehors de la légalité du mariage traditionnel et il est possible que ce soit dans le refus d'un engagement religieux encore plus catégorique, fantasmé à partir de lectures, que l'on puisse articuler les éléments chaotiques de son délire alcoolique. En effet, il vient de terminer la lecture de l'Assommoir de ZOLA. Peu propice à des rêves idylliques sur la vie maritale et au maintien de sa valeur au niveau un peu idéal qu'il s'était fixé, mais par contre assez révélateur des jeux des processus psychiques primaires obéissant au principe du plaisir, ses personnages crus ont certainement eu leur impact sur Christian qui est à la recherche d'une identité (" je suis un peu la veste d'emprunt de tas de gars que j'ai connus, je ne suis pas moi-même ") (Sept. 74).

En cette période de vacances où il est dégagé de la demande scolaire, ses réflexions personnelles sont alimentées de façon assez intense par ZOLA car son roman contient en puissance :

a - des thèmes d'activation oedipienne (les trois personnages principaux, Gervaise, Lantier et Coupeau font ménage à trois),

b - des thèmes de castration en regard de cette situation triangulaire (Gervaise : " Il valait mieux avoir deux hommes que de perdre les deux bras ", ce qui n'a aucun sens littéral si pris à la lettre, donc renvoi à un symbole),

c - des thèmes de meurtre avec amplification alcoolique (" Vous savez ce que c'est un homme saoul. Ça tuerait père et mère et ça ne s'en souviendrait sûrement pas ", ce qui rentre bien dans les préoccupations fréquentes des schizophrènes).

d - des thèmes pulsionnels sexuels décrits sans les détours de ce qu'on appelle " l'éducation " par les paroles de Gervaise adressées à un troisième homme avec lequel elle avait filé jusque là un amour

platonique : " Je savais pas Mon Dieu ! On ne sait jamais tant qu'on est pas prêtre... Oh oui, on est content d'y passer un jour ! Emmenez-moi, emmenez-moi, je vous crierai merci et elle se mettait à genoux toute secouée d'un désir qui la pâlisait". Il la refusa, mais c'est lui qui la mettra en bière dans les dernières pages du livre, réalisant ainsi le fantasme archaïque de la non défférenciation de la jouissance et de la mort.

e - des thèmes de dépersonnalisation : A la suite du délirium tremens mortel de son mari, Gervaise abandonnée de tous, s'est schizoïfiée dans un monde d'Apocalypse : " Comme elle perdait la tête souvent, une des curiosités de la maison était de lui voir faire Coupeau. On n'avait plus besoin de la prier, elle donnait le tableau gratis, tremblement des pieds et des mains, lâchant de petits cris involontaires ".

Christian, impressionné profondément, n'était " pas en forme " après cette lecture. " Le lendemain, quand il s'est mis à pleuvoir, j'étais triste, je suis triste quand il pleut. C'est le jour où j'ai bu le rhum. Je venais de prendre un bouquin " La Robe Prétexte " de MAURIAC. C'est un gars qui a perdu ses parents, qui vit avec sa grand-mère et qui veut se faire prêtre. Ça m'a trotté dans la tête... j'ai bu (Sept. 74) ".

L'articulation des éléments de son délire en regard de l'atmosphère qui le précédait devient possible et prend une fonction de construction puisqu'il permet de s'affranchir d'une relation fusionnelle à la mère en " tuant le monstre " et de fêter sa libération en se mariant avec Monique, la soeur de son meilleur ami en réalité, mais qui pouvait bien jouer le rôle de la bonne mère selon l'Ecole Kleinienne. Ce rôle de substitut quant à Monique, permet de comprendre l'omnésie secondaire et l'indifférence affective de la conscience de Christian.

Au point de vue symbolique, ses choix professionnels et ses " loisirs " se rejoignent parfois. Il veut travailler dans les fours à Creusot-Loire (pyrotechnie, Sept.74), passe de longs moments à l'improviste dans les Eglises : " L'atmosphère des Eglises me plaît, quand j'y rentre pour $\frac{1}{4}$ d'heure, j'y reste une heure " (Sept. 74), ou va en solitaire faire de la " spéléo " en amateur dans d'anciennes mines " (Octobre 74).

Ce que l'on peut rapprocher également de ses recherches passées concernant l'arbre généalogique de sa famille, est la question d'affirmation qu'il m'adresse lorsque je lui remets sa carte de Groupe Sanguin O+ : " Ça doit être rare ? " (Sept. 74).

L'étroitesse de son champ de mouvement psychodynamique en relation avec des expériences archaïques et angoissantes mal résolues de l'enfance, lui fait rechercher des comportements de sécurité et les idéologies qui les étayent : " C'est un facteur d'instabilité de flirter, le flirt c'est jamais sûr. Au fond, la solitude, c'est la sécurité. Les bandes de gangsters se font désagréger car il suffit qu'un gangster parle pour coffrer les autres. ONASSIS, il a réussi seul, il s'est assuré un avenir par un travail personnel et il est en sécurité " (Avril 75).

Son esprit inventif lui permet de dépasser le cadre souvent exigü de son volontariat solitaire :

a - Il m'entretient par un long discours qui lui faisait visiblement assez plaisir sur les modalités de fonctionnement d'un appareil compliqué qui réussissait lorsqu'il le mettait en marche à brouiller la réception de la télévision dans un secteur de plusieurs kilomètres autour de chez lui. Il l'avait vérifié lui-même, mais présentait sa prouesse technique sans perversion : " Je voulais surtout savoir si ça marchait ! ". Depuis il nous a appris qu'il avait démonté son engin pour faire autre chose.

b - Partageant sa passion de la mécanique avec son père, il aurait aussi découvert un système pour " faire tourner un moteur de solex avec $3/4$ de Gasoil et $1/4$ d'essence "... (ce qui satisfaisait dans la foulée une structuration " anale " au point de vue psychanalytique qui se révélait assez souvent chez lui par un sens très marqué de l'économie).

A l'image de la corrélation significative au point de vue statistique entre le nombre de troubles médicaux et le nombre de réponses " pathologiques " au test de personnalité (Docteur DEFAYOLLE, Cours de Psychologie Médicale, LYON 1976), Christian se pare d'ennuis de santé : " Les rhinopharyngites et les angines, ça me tourne autour " Par mon intermédiaire, il se traite d'ailleurs seul et avec intérêt utilise la Pénicilline orale pendant cinq jours, dont nous avons discuté ensemble le pourquoi. La prise en charge de ce genre de problème est importante à assumer de cette façon, dans la mesure où, d'une part elle renforce son identité et son autonomie, d'autre part, elle évite une relation de dépendance à un médecin qui pourrait éventuellement, en association à d'autres conflits, participer à un syndrome de morcellement, vu sa structure psychique.

Ce mode autothérapeutique a été plus délicat à mettre en oeuvre en ce qui concerne son rhume des foins (Allerglobulines en préventif), mais lui permis d'éviter pratiquement totalement une compulsion à présenter des poussées d'acné (qui fragilisaient gravement son édifice psychique narcissique (" Il y a un truc par rapport à moi-même... Je me dégoûte un peu... J'ai honte de me montrer à la piscine.. J'en ai dans le dos... C'est apparu il y a un an ") (Mai 75). L'abord de l'action physiopathologique du comprimé journalier de TETRACYCLINE permettra d'ailleurs l'amorce d'une remise en question de son tabou de la sexualité en rapport avoué avec la difficulté externe qu'il a à symboliser sa mère en tant que femme sexuée, sujet et objet de désir " Je ne peux absolument pas parler de mes parents " (Juin 75).

Depuis trois ans que je connais Christian, sa personnalité

est sorti de l'impasse existentielle qui l'avait amené à l'hôpital et s'est " donnée du champ " (témoin la souplesse dont font preuve ses raisonnements par rapport à ceux du passé, que ce soit en matière de politique, d'avenir personnel et même de ses rapports avec " les filles " où il montre une certaine impatience actuellement, même si ce n'est qu'au niveau des idées).

La possibilité de s'identifier à un tiers vivant et non plus à des personnages de roman lui a permis d'établir une relation où il était possible d'échanger et non plus de recevoir ou de se taire sur bon nombre de sujets encore tout à fait tabous dans le cercle étroit de sa famille. La brèche psychique qu'avait provoqué sa saoulerie et ses motivations dépressives dépersonnalisantes s'était refermée en partie grâce à une hospitalisation en milieu d'épargne narcissique et à la chimiothérapie qui y fût pratiquée (l'action de l'association neuroleptique-antidépresseur par son effet rapide peut être comparée à celle des antiinflammatoires : dans les deux cas, l'inflammation et le délire peuvent en effet dépasser une réaction positive de défense et finir par évoluer en s'autoentretenant pour leur propre compte, en perdant de vue la cause et le but de leur action de départ), en partie également par le renforcement positif accordé par le thérapeute dans le secteur d'investissement des mathématiques par la partie saine du " Moi " (qui, à mon avis, a été décisif même s'il a exigé une prise de risque au niveau de la réalité).

Le passage de la prépondérance d'un modèle médical et nosographique à celle d'un modèle relationnel et personnalisé s'est fait progressivement dans la mesure de l'estimation des possibilités narcissiques de Christian et peut illustrer, en l'assouplissant, la position de Rémi TOSTAIN selon laquelle : " Cette préoccupation d'évitement du diagnostic qui consiste à refuser de lire sur le tableau clinique aussi complet et révélateur soit-il, le nom de la maladie paraîtra à certains une carence scientifique, alors qu'elle est la condition préalable à tout abord de l'inconscient " (Recherches - Numéro Spécial sur l'Enfance Aliénée - Décembre 1968).

Le moment de la prise en charge de cas analogues passe, qu'on les déterminent ou qu'on évite de le faire, par des décisions qui, si elles ont effectivement de lourds antécédents historiques, ne devraient plus aujourd'hui hypothéquer un avenir relationnel, mais plutôt faire en sorte d'aménager un milieu où ce dernier puisse préexister potentiellement.

Observation n° 8 - Mme P... Aimée

AGE : 58 ans

I - LETRE DU GENERALISTE ADRESSANT LA MALADE AU DOCTEUR VERNETRE

" Je me permets de vous montrer de nouveau Madame P... que vous connaissez bien et qui présente de nouveau des crises de palpitations. Elle est persuadée que son coeur est très malade et surtout que son " goître " a repoussé.

Je crois nécessaire de lui faire un nouveau bilan cardiaque et thyroïdien pour la rassurer pleinement. Si cela était possible, il faudrait la montrer aussi à un psychiatre."

II - RESUME DE L'OBSERVATION MEDICALE

ANTECEDENTS :

- en 1965, hospitalisée pour suspicion d'infarctus du myocarde
- en 1969, hospitalisée pour syndrome grippal
- en 1971, hospitalisée pour hyperthyroïdie traitée aux antithyroïdiens de synthèse
- mai 1973, hospitalisée pour nodule toxique traité par exérèse chirurgicale
- août 1973, hospitalisée pour bilan digestif et rénal devant une symptomatologie de gastroentérite et de rétention urinaire
- septembre 1973, hospitalisée pour suspicion d'OAP

Depuis 1973, l'externe du service rapporte son état subjectif comme suit : " elle se plaint de douleurs, fourmillements, piqures des doigts puis de toutes les mains, les avant-bras et les

pieds. Ces douleurs sont continues à paroxysmes et elles persistent encore. Elles touchent également le visage où elle a la sensation que " la peau la tire ".

De plus, douleurs précordiales en général sous le mamelon gauche, douleurs rétrosternales et dans les deux omoplates.

L'examen ne révèle qu'une HTA limite à 16/10, l'ECG un BBG qui existait déjà en 1965.

III - LA DEMANDE D'AIDE PSYCHIATRIQUE

L'interne du Service, Michel L... ne peut supporter le contact avec cette malade offrant sa souffrance au service tout entier sans distinction, alors que les données " somatiques " n'y correspondent pas. Une anecdote qui m'a été rapportée par les deux protagonistes peut illustrer leur relation. Quand Madame P... lui dit : " J'ai mal au coeur, Docteur " pour la Nème fois, il répond excédé " Moi aussi " et quitte la chambre tandis que la malade le lendemain lui rend la monnaie de son ironie en me parlant du " petit jeune "...

Le Docteur VERNEYRE note dans son mot du 14 mai 1974 :
" L'intéressée a été hospitalisée à sa demande. Il faudra bien entendu vérifier l'absence de récurrence de l'hyperthyroïdie compte-tenu de son comportement fébrile, de la moiteur de ses mains et peut-être d'un amaigrissement. Mais elle se présente surtout comme une logorrhéique à tendance hypomaniaque ++. Malade à montrer au Docteur PELLET."

IV - OBSERVATION PSYCHIATRIQUE DU SERVICE

Madame P... est issue d'une famille d'agriculteurs catholiques de Haute-Loire. Ses parents laissent des " imagos " ternes,

déssexualisés. Son père tuberculeux est un malade plus qu'un " homme " (" Je l'ai toujours vu couché "). Il meurt alors qu'elle a 4 ans et sa mère veuve à 29 ans ne se remariera jamais.

La fratrie comprend une soeur aînée (religieuse, 61 ans) et un frère de trois ans son cadet.

Même en remontant aux grands-parents, il est impossible de trouver une image de couple favorable à l'oedipe : grand-père alcoolique " fainéant, il restait toujours couché ". L'autre grand-père, par contre très " gentil " est veuf. Elle est élevée par un couple de femmes, sa mère et sa grand-mère.

Placée à sept ans dans une ferme " pour du pain et une paire de sabots ", elle pleure toute la journée et appelle sa mère.

Ses premières règles sont tardives, 16 ans, mal acceptées (" gros " syndrome prémenstruel). Elle aime se montrer au bal, mais ses relations affectives-sentimentales sont labiles: quand son futur époux la demande en mariage, c'est la surprise et l'ambivalence : " un jour je me marie, le lendemain je ne me marie pas ".

En se mariant à 17 ans, elle prend d'ailleurs sous son toit le " trop gentil " grand-père en même temps que le mari de sept ans plus âgé qu'elle (ce qui n'est sans doute pas qu'un hasard...) Elle aura trois enfants (pas de fille, son grand regret) et se porte plutôt mieux pendant ses grossesses (moment où elle n'a pas à se prouver qu'elle est bien une femme). Choquée par la sexualité, elle met un point d'honneur en bonne catholique à ne " s'être jamais refusée à son mari... même quand j'étais très fatiguée" ajoute-t-elle avec compassion.

Compte-tenu de ses désirs personnels, on peut la considérer comme frigide. L'orgasme lui est étranger.

Le couple est d'ailleurs plus institutionnel que solidaire. Les champs d'activité du mari et de la femme sont nettement séparés. Il n'y a pas de discussions (le mari faisant voter sa femme "sans hésitation", car il y avait réfléchi avant), rarement de confidences : " Je ne lui parlais que pour son bien " " Il était jaloux, mais me donnait toute sa paie ". Fumeur immodéré, elle le mène un jour chez " le spécialiste " dans l'espoir que ce dernier lui interdise les cigarettes. Il refusera cependant de mettre un terme à sa tabagie (plus de 30 cigarettes par jour) en disant à sa femme " qu'il va tuer quelqu'un s'il arrête ". Madame P... prête foi à ces paroles puisque depuis c'est elle qui lui achète ses cigarettes et c'est elle également qui déculpabilisera sa conduite (Elle nous dira successivement : " Pour le papa, ça a été fini... le pauvre malheureux c'était son seul plaisir ").

La similitude du comportement de ce couple avec celui classiquement décrit pour l'alcoolisme est frappante. L'analogie se révélera être également une prémonition.

En 1937, ils abandonnent la ferme pour s'installer à LORETTE. Il est métallo, elle fait des ménages. Elle déborde d'activité. Il commence à boire et mourra de " Jaunisse " en 1969... car " il ne m'écoutait jamais sur son régime ".

Très émotive : " Toute ma vie, j'ai pris part aux peines des autres ", on remarque que cette dame parle sans cesse en référence " des autres " en essayant de se hisser vers la normalité. Dans ses réponses : " elle est comme tout le monde " et si elle est logorrhéique pour ses symptômes physiques, il reste assez difficile de la faire parler " d'elle " :

- Egocentrique (" Je suis une femme qui peut arriver à tout "),

- Théâtrale (Change facilement de ton, d'attitude, se plaît à conter des histoires aux médecins, aux infirmières, aux

autres malades. Elle passe des pleurs à l'hypomanie en quelques secondes),

- Suggestible (colle aux paroles des autres, suit un régime draconien pour un diabète à 1,09 de glycémie).

Elle se présente actuellement comme une dépressive très anxieuse qui depuis la ménopause (date de ses premiers ennuis de santé) crie sa solitude dans une pathologie où la part fonctionnelle n'est pas négligeable.

Comme le dit PERRIER (Psychanalyste), " Combien d'angoisses et de dépressions névrotiques ne peut-on résumer à cette inaptitude de l'hystérique à assumer un pouvoir dès que la vie ne le lui dispute pas trop ".

En effet, elle sera depuis le décès de son mari en rupture d'équilibre névrotique (ainsi que le confirment six hospitalisations en quatre ans pour des raisons en majorité fonctionnelles), alors que jusque-là un comportement hypomaniacal où elle " débordait d'activité " semblait l'avoir bien défendu contre une décompensation dans un milieu qui pouvait être considéré comme prédisposant ("conjugopathie", problèmes matériels, éducation des enfants).

En outre, le cadre dogmatique de l'Eglise Catholique a sans doute été pour elle assez orthopédique dans la mesure où les choix d'une longue partie de sa vie étaient contenus à l'avance dans les tiroirs de sa morale. Si aujourd'hui " elle perd la foi " avec ses maladies qui n'en finissent pas, sa conversation reste imprégnée de bien et de mal vis-à-vis desquels elle a beaucoup de mal à situer son propre masochisme qui prend parfois le masque d'une cancérophobie (elle ne cache pas à ses enfants qu'elle a sûrement un " cancer dans la tête " bien qu'elle ne nous en parlera que tardivement et de façon bien moins répétitive.

V - COMMENTAIRES

En complément d'un traitement antidépresseur en perfusion Madame P... sera prise en charge à raison de trois heures de psychothérapie par semaine. Autant dire que le matériel qui en est issu, par sa variété et la complexité de ses associations, se prête assez peu aux simplifications (aussi " bien intentionnées " soient-elles !). Néanmoins, une réduction de la réalité de ces échanges peut être tentée pour aborder dans un premier temps l'accession à l'autonomie de Madame P... et dans un deuxième temps, sa rechute.

a - Accession à l'autonomie

L'essentiel des changements psychologiques sont intervenus à partir du deuxième mois qui a suivi l'hospitalisation. Le rôle de la psychothérapie est difficile à contester dans la mesure où l'entourage de notre cliente, excédé par son leitmotiv hypochondriaque, n'acceptait plus ce mode relationnel et considérait les périodes d'hospitalisation avec soulagement. Axés sur la prise de conscience de ses limites (corporelles particulièrement), mais aussi de ses possibilités de communication verbales, les entretiens ont permis :

- . Une extinction quasi complète de ses plaintes (Madame P... dira en septembre 74 : " Je ne suis plus l'ombre de moi-même comme je l'étais avant de rentrer à l'hôpital ". Le Docteur S... qui a pris en charge ses problèmes cardiaques notera en novembre 74 : " Elle ne passe plus le temps de sa consultation à évoquer tel ou tel ennui de santé ".

- . La possibilité pour elle d'exister en-dehors d'un statut de malade et de reposer en terme " d'insight " une problématique d'isolement social et familial qui alimentait largement ses symptômes névrotiques (Madame P... dira en mars 75 : " Si personne ne vient avec moi aux Baléares, je ne crois pas que j'irai... Vous comprenez, jamais je ne me suis fait plaisir toute seule dans ma vie,

mais je n'y pensais pas ! Et maintenant que j'y pense, ça me fait un peu peur ".

Assez rapidement, l'investissement du psychothérapeute, mode relationnel original offert par la situation psychothérapique, modifia la façon d'envisager ses rapports avec autrui. D'échanges privés d'affect, monopolisant son vécu, Madame P... pour sortir de l'impasse ambivalente de son attitude-symptôme (illustant par là la définition du concept d'ambivalence selon LAPLANCHE et PONTALIS qui symbolise : " La composante positive et la composante négative de l'attitude affective, simultanément présentes, indissolubles, constituant une opposition non dialectique, indépassable pour le sujet qui dit à la fois oui et non "-Vocabulaire de la Psychanalyse, PUF 1967). Ainsi, sa belle-fille peu avant sa sortie de l'hôpital me confia à la dérobée : " Si elle avait une fille, elle vous la donnerait en mariage ".

Ses convictions concernant les maladies dont elle serait victime : " Je suis une grande cardiaque " (mai 74), s'estompent et en septembre 74 elle " monte 8 étages sans être fermée du côté du coeur ". Elle retrouve son autonomie et vit seule dans sa maison de la banlieue Stéphanoise.

b - La rechute (avril 1975)

Le retour à un comportement névrotique s'est effectué dans les conditions suivantes :

1/ Un de ses fils lui confie souvent sa fille. Cette responsabilité est acquittée avec beaucoup de zèle et lui fait revivre sa propre jeunesse en même temps qu'elle tend à soustraire la petite fille aux aléas de la réalité (Mars 75 : " Je donne des conseils à sa mère sur son éducation... J'aimerais bien l'élever.... J'aimerais que cette petite fille reste comme elle est... Moi, mon plus beau temps a été ma jeunesse ").

Elle projette de la garder pendant les vacances scolaires de Pâques, mais sa déception sera à la mesure de ses espérances lorsque son fils lui trouvera une place dans une colonie.

2/ Aux prises avec des problèmes matériels du bureau de consultation dans la semaine, je ne peux guère faire autrement que la faire attendre aux deux dernières consultations, ce qu'elle ne manque pas de vivre comme frustrant, voire même abandonnique. Comble de malchance, une erreur de transcription de rendez-vous la fait m'attendre plus de deux heures sans succès, dans la semaine qui précède les dites vacances de Pâques. Elle m'en parlera plus tard en ces termes : " Je me suis dit qu'est-ce qu'il peut se foutre de moi le Docteur MASSARDIER aujourd'hui ".

3/ Si la psychothérapie a su mobiliser ses défenses, Madame P... est en pleine période de remise en question personnelle, aux prises avec un sentiment dépressif certain (mars 75 : " Je vois que je suis toujours dépendante des autres pour mon plaisir... que je vis la routine. Quand je ne m'occupe plus de quelqu'un, je me déprime "). Elle m'apparaît " coincée " dans une problématique phobique du type : " Je voudrais bien, mais je n'ose pas " (J. PELLET, Séminaire 1973). Ainsi, l'hypothèse d'un voyage organisé aux Baléares restera une velléité.

4/ " Une femme un peu simplette vient me voir tous les soirs... Beaucoup de personnes me demandent comment je fais pour la supporter ? " (mars 1975). Cette compagnie ne l'aidera pas à résoudre ses propres hésitations puisque cette femme dont il est question présentait une névrose obsessionnelle particulièrement apte à suggérer le doute dans son entourage (Madame P... me l'avait recommandée en consultation peu de temps auparavant).

C'est sans doute l'effet conjugué de ces quatre éléments,

combiné à une crise de solitude dominicale qui conduira Madame P... à être hospitalisée en urgence pour une " grande crise douloureuse thoracique avec essoufflement sans signe objectif radiographique ou électrocardiographique " (Observation du Service de Monsieur le Professeur VIGNON, Hôpital Bellevue - Saint-Etienne).

L'interne qui s'en occupe renchérit le mythe de la " grande cardiaque " qu'elle lui propose non sans insistance, sagement étayé qu'il est par la suspicion d'infarctus en 1965 et d'un traitement digitalo-diurétique depuis un an (1 comprimé de DIGOXINE et 1 comprimé de MODURETIC un jour sur deux). Lorsque je la vois à la demande du Docteur SAULNIER, elle se remémorise cet événement comme suit : " Un dimanche de Pâques où mes enfants étaient tous loin, j'étais seule... La fête c'est pour les autres, pas pour moi... Je me suis dit, tu vas faire un oedème comme l'autre fois... mes enfants disent que je l'ai fait parce que la petite était partie en colonie... Je crois pas que c'est vrai, Vous croyez, vous ?... L'interne de garde m'a dit que c'était parce que vous me donniez trop de médicaments ! ". Comme elle savoure l'effet de ses paroles dans un silence, ma réponse vient tenter de libérer le problème étiologique de l'artifice des médicaments " psy " (LUDIOMIL 25 x 3, DOGMATIL 200 x 3) qui est souvent prêt à fonctionner comme bouc émissaire auprès des médecins peu habitués à leur maniement et ceci en particulier, dans une situation complexe où le " psychique " s'intrique profondément à " l'organique ". A un " Je crois que ce n'est pas aussi simple ", je glisse une interrogation qui la rend perplexe : " Est-ce l'air des Baléares qui vous a manqué ce dimanche ? ", mais à laquelle elle réplique avec un humour très hystérisé : " J'aurais du prendre l'avion en pleine crise ? ". Sa crise officialisée par son séjour hospitalier et par les paroles de l'interne de garde, sera l'objet d'une espèce de culte permettant une " fuite dans la maladie " (Cf. FREUD : Leçons d'Introduction à la Psychanalyse). L'hypothèse d'une vie en résidence de personnes âgées est exclue car : " Mes enfants ne viendraient plus me voir ".

En définitive, le psychiatre se trouve là devant un problème particulièrement délicat où la maladie est vécue comme remède à une situation existentielle anxiogène que le sujet ne tient plus à affronter. Ses motivations à " guérir " s'évanouissent au fur et à mesure que la notion de bénéfices secondaire à la maladie, devient une réalité. FREUD a précisé cet aspect au point de vue typique : " Le moi se comporte comme s'il était guidé par cette idée que le symptôme est là désormais et ne saurait être éliminé : il n'y a qu'à pactiser avec cette situation et en tirer le plus grand avantage possible " (Inhibition, Symptôme etangoisse, PUF 1973).

Madame P... ne viendra pas au rendez-vous fixé, mais comme je lui avais demandé des nouvelles de sa santé par lettre en novembre 1976, elle me répondit fort aimablement : " Je crois que je vous ai vu pour la dernière fois fin avril 1976 car au mois de Juillet j'étais partie en vacances, mais je crois qu'on avait du vous prévenir. Hélas, au mois d'août, ma santé ne s'étant pas améliorée, je suis rentrée à l'Hôpital de Bellevue pour un mois et demi et de là deux mois en maison de repos ".

Si cette observation dépasse le cadre de la psychiatrie au sens strict, elle fait de même avec celui de la cardiologie et rend compte du terrain somatopsychique sur lequel peut manoeuvrer la névrose en général, en faisant échec aux thérapeutiques proposées si les thérapeutes ne travaillent pas de concert, en particulier au niveau limite de leur spécialité (ce qui sous-entend pratiquement une possibilité d'appréciation à minima de la cardiologie pour la psychiatrie et inversement).

Observation n° 9 - Mademoiselle Denise G...

AGE : 17 ans

Invasion schizophrénique : adressée du Pavillon d'Urgence
pour bilan.

I - STRUCTURES PARENTALES

- MERE : Originnaire de Mulhouse, se faisait battre à la place de ses enfants par le père alcoolique. " Ménage, travail, il n'y avait que ça qui comptait pour elle " d'après sa fille, pour qui " elle était un accident - sa mère l'avait " crachée " au mur ".

- PERE : d'origine hongroise, assez replié sur lui-même. Il ne parlait pas chez lui et allait seul à la pêche, sa grande distraction.

Cirrhose hépatique, cancer du foie. Décès en 1971.

" Méchant, il enfermait ses enfants en les empêchant d'aller à l'école, essayant souvent de les frapper ".

La dernière des enfants du couple, notre malade, en avait acquis une véritable haine (d'après sa soeur aînée, elle le traitait ouvertement avec vulgarité : " Vivement que tu meurs, salaud "...) à une époque de formation de la personnalité, l'adolescence, 13,14,15 ans (Avant cette époque son père buvait, le couple était bien dissocié, mais sans éclat).

II - ANTECEDENTS MEDICAUX CHIRURGICAUX PERSONNELS

Appendicectomie en avril 1973 à Mulhouse.

Deux tentatives de suicide, il y a deux à trois mois.

III - HISTOIRE ACTUELLE

Elle débute il y a trois jours après quinze jours de vacances avec son fiancé aux Sables d'Olonne où la malade a son comportement habituel. Invitée par un copain du fiancé d'origine asiatique (" le chinois ") qu'il a connu au service militaire, elle commence à surprendre son entourage en se servant dans les plats avec les mains... puis un délire mystique s'instaure sans qu'on puisse isoler un évènement déclenchant.

Ce délire flou, mal systématisé a cependant un support particulier autour duquel il gravite : le père, la malade se reprochant beaucoup la conduite qu'elle a eu envers lui et faisant assez souvent le rapprochement entre lui et son fiancé Jacky.

Décontenancé par cette attitude mystique (elle prie pour son père pendant de longues heures), le fiancé la ramène à Saint-Etienne où le Docteur X..., consulté comme ami, conseille l'hospitalisation au Pavillon d'Urgence, pour élucider " l'affaire ".

Elle passe pour une toxicomane car elle est hallucinée et voit les mains de son père sur les murs de la chambre... mais les dosages de toxiques dans le sang et les urines reviennent négatifs. Lorsqu'on demande l'avis du psychiatre, je note sur l'observation du Pavillon d'Urgence : " Délire d'invasion psychotique de structure schizophrénique avec tendance mélancolique (désir d'autopunition limité au mal qu'elle a " fait " à son père, donc différent d'un syndrome mélancolique pur où la responsabilité du délirant dépasse un sujet particulier), déstructuration avec " machinerie cérébrale complexe ", tendance à la résolution des contacts avec la réalité (qui persistent par instant sur un mode hystérique défensif où elle perd son entourage pour essayer de garder " bonne figure ").

Traitement : DOGMATIL IM - 400 mg matin/soir
 SINEQUAN IM - 100 mg matin/soir
 ORAP 4 x 3
 DEPAMIDE x 3

NB : l'ionogramme sanguin était normal.

On essaie de mettre à profit tous les contacts possibles avec la réalité extérieure. On parle en ce sens à sa soeur, à son ami, pour qu'il la prenne en charge l'après-midi et qu'elle n'ait pas comme univers sa chambre d'hôpital. (Hier, Jacky l'a emmenée voir ses parents qu'elle n'a pas reconnus).

Dans ses antécédents, on note que des hallucinations visuelles se sont déjà produites il y a cinq ou six mois. Isolées, elles n'avaient pas inquiété l'entourage. Les thèmes de ces hallucinations sont du domaine de la persécution : " quelqu'un la regardait derrière la fenêtre " et du mysticisme : " mains de son père sur les murs de la chambre où elle dort avec Jacky ".

IV - COMMENTAIRES

a - La prise de contact

La méconnaissance ou l'évitement des problèmes psychiatriques a été de règle dans l'entourage immédiat de la malade qui a pensé pendant deux jours à une insolation (des épisodes passés de type hallucinatoire de courte durée avaient été résolus dans le même sens d'une minimisation de l'importance du psychologique. En fait, ils ont sans doute été refoulés comme en témoigne le retour à la mémoire quelques jours après la prise en charge psychiatrique).

Peu s'en faut qu'il en soit de même au service d'urgence où l'éducation médicale classique vient faire surenchère à la

culture. Denise sera " montrée " au dermatologue (qui fera un diagnostic de piqûres d'insectes) et la séméiologie délirante aiguë ne pourra quitter son support toxicologique tant que les résultats des dosages urinaires ne seront pas parvenus. " L'état d'abattement extrême de la malade " (que note l'externe de garde), par la mise en jeu du " soma ", oriente la gravité de la scène clinique vers un déterminisme excluant le " psychisme " qui ne retrouve droit d'exister qu'en dernier recours. La folie, au sens large, ne devenant une maladie que par le biais de l'élimination des autres causes, il se crée au niveau culturel un appel d'offre à la maladie organique (la seule en laquelle on peut avoir confiance), à partir de conflits psychologiques, d'où la double ambiguïté de leur tendance à être réglés par des artifices à la fois par le médecin et par le malade qui ainsi cautionnent assez souvent leurs occultations réciproques.

b - La prise en charge psychothérapique

Elle s'effectue sur un mode de soutien en établissant une relation où assez vite je suis reconnu et présent, même si assez souvent mêlé à son imaginaire : " je me suis brûlée les doigts avec des allumettes... avec le bonheur... j'aimerais réparer le mal que j'ai fait... papa, pardon de m'être trompée, comment pourrais-je faire papa ? ". Et, s'adressant à moi : " J'aimerais que vous me crachiez dans la gueule si vous le voulez bien... on se tutoie puisque vous êtes un envoyé de Dieu... des fois oui, des fois non... des fois je confonds, des fois je confonds pas... Je crois que je me sens visée par mon papa... Pardon papa, est-ce que tu aimerais que ce Monsieur te remplace pour me cracher à la figure... des fois pour le bien, des fois pour le mal, mon père avait besoin de le faire...".

Elle a du papier et des stylos à sa disposition pour écrire et communiquer ainsi, même lorsqu'elle est seule. Elle écrira le lendemain (trois jours après son entrée) " le sens propre et le sens figuré se mélangent et on se fout dans le panneau... quand je ferme les yeux, j'ai peur de moi, moi ".

Bien que les visages inconnus l'angoissent (ce qui permet de comprendre qu'elle sortait rarement seule de sa chambre), les contacts avec les infirmières du service ne posent pas trop de problèmes (du temps était prévu chaque jour pour faire le point de la situation, ensemble et les questions sur Denise ont été particulièrement nombreuses. Une réponse n'était d'ailleurs pas toujours demandée, leur objet dépassant assez souvent le " savoir psychiatrique) et des relations s'établissent de personne à personne (à la question de l'attitude spéciale à avoir avec elle, nous avons convenu qu'il était important qu'elle ne soit pas fondamentalement différente de celle des autres malades, évitant ainsi, à la fois la crainte de "mal faire", avec comme conséquence le fait de ne pas aller la voir et la crainte de ne pas en faire assez pour elle, avec comme corollaire un maternage excessif qui n'aurait pas manqué de la faire régresser).

L'évolution va être assez rapidement satisfaisante pour que Denise aille passer le week-end (du 8 septembre) en compagnie de sa soeur et de son beau-frère, alors qu'il est convenu qu'elle rentrera en hôpital de jour dès le lundi.

Pour fêter sa sortie, ils l'emmènent danser dans une boîte de nuit que tient un de leur ami. Cette initiative plus ou moins sous-tendue par le désir de Denise de retrouver les distractions qu'elle affectionnait avant sa " maladie ", semble de plus, pouvoir se situer à deux niveaux sans rapport pour elle :

- un niveau évènementiel : Comme Jacky est parti le dimanche après-midi sans dire où il allait comme c'est son habitude, la soeur de Denise qui s'est beaucoup occupée d'elle pendant son hospitalisation, lui propose cette escapade en " tout bien, tout honneur "... (c'est sans doute la réalité perçue par Denise).

- un niveau affectif illustrant assez bien une situation

de double lien (Cf. Article de J.F. BARGUES " Le schizophrène malade de sa famille " - Evolution Psychiatrique, Janvier 1972), qui nécessite la prise en considération des noeuds méta-communicationnels où s'est alors trouvée impliquée, Denise :

1/ La relation Jacky-Denise, de style sadomasochique (à l'image de la relation de Denise avec son père) peut être illustrée par quelques remarques dont le caractère anecdotique n'en est pas moins révélateur :

" tous les soirs depuis qu'ils se connaissent, elle doit dire tout ce qu'elle a fait pendant la journée. Combien et quels hommes elle a rencontrés. Il est jaloux comme un tigre" me dira Cécile.

" Jacky veut me faire faire du judo pour que je puisse me défendre contre les hommes dans la rue " (Denise, 28.8.74).

En aucun cas, Denise ne lui a fait le plus petit reproche en ma présence. Il paraît idéalisé (" il est super splendide ") et dès qu'elle aborde son style de relation avec lui, sa conversation passe à un autre sujet en laissant poindre parfois une remarque comme : " il ne faut pas avoir de mauvaises pensées ". Lorsqu'il la " bat trop " ou " qu'il la passe dehors ", elle retourne chez sa soeur.

2/ La relation du couple Cécile-Roger envers Jacky n'est donc pas des plus détendue, même si rien ne se dit au niveau d'un dialogue qui est réduit au " nécessaire ". Cécile quitte les sous-entendus lorsqu'elle s'adresse à moi dans la semaine qui précède la première sortie en week-end de Denise : " Jacky est un rustre, juste bon à tirer un coup le soir !... il n'est pas fait pour ma soeur ".

La proposition d'aller danser s'inscrit donc comme une tentative de soustraire Denise à l'influence de Jacky sans qu'il

en soit ouvertement question (cependant dans la boîte de nuit où elle l'emmène, c'est le fils du patron qu'elle connaît qui la fait danser, lui fait boire du champagne et lui propose de la revoir le lendemain).

Jacky, fort de l'obéissance d'une Denise vassalisée, nie cette possibilité de parjure dans un accès de toute puissance et sans aucune explication, dans un silence de héros, va " faire un tour ".

Denise devient ainsi l'enjeu d'un pari occulte entre Cécile et Jacky (ce qui n'est pas sans rappeler une position plus connue où père et mère de schizophrène jouent les rôles de Jacky et Cécile en incluant leur enfant dans des querelles d'influence dont les éléments de décision restent toujours en coulisse de la scène " principale " pour laquelle il est pris à témoin. FEDIDA dans un article intitulé " Psychose et Parenté " (in CRITIQUE, Oct.1968) présente la psychose comme " une problématique de la communication parentale et de la relation informationnelle à l'enfant ".

Au sortir d'un épisode psychotique de plus de 10 jours, la fragilité psychique de Denise (qui va de pair avec une soif affective très vive), ainsi qu'un certain entraînement à une libération des tabous que permettait ce moment présenté par Cécile comme une " fête ", fit sans doute accepter le jeu de séduction proposé par un " jeune homme bien " (paroles de Cécile à sa soeur). Une fois entrée dans la paradoxe de cette situation, devant la réalité insoutenable pour elle de tromper Jacky, seul le délire pouvait " réussir " à transformer magiquement cette contradiction. A l'image du " phénomène de condensation " dont parle FREUD dans " Le rêve et son interprétation " (Gallimard 1925) : " Il n'est pas rare que le travail de rêve se plaise à former une image composite à partir de deux idées contradictoires ". Il venait reconstruire à partir d'une réalité-traquenard une néoréalité fantastique où Jacky serait venu remplacer le flirt d'un soir, tout en respectant les " bonnes intentions " de

Cécile. Denise, comme hallucinée, proposera ainsi à un Jacky rouge de colère, de " l'emmener au rendez-vous que l'autre Jacky lui avait fixé la veille ".

L'échec de cette tentative va lui faire délaier " le principe de réalité " (des psychanalystes), sans pour autant qu'elle réussisse à sortir du jeu d'influence que Jacky et Cécile perpétuèrent par la suite, chacun " objectivant " une recrudescence du délire chaque fois que l'autre s'occupait de Denise (ce n'est peut-être pas un hasard si l'éloignement volontaire du fiancé coïncidera avec une nette amélioration de sa symptomatologie psychiatrique, tandis qu'à sa sortie elle préférera retourner à Mulhouse plutôt que de rester à Saint-Etienne où travaille Cécile.

Aussi importants que soient ces éléments, la rechute de Denise ne va pas pouvoir trouver des conditions de soins adéquates assez rapidement, pour lui permettre de prendre ses distances autrement qu'en fuyant dans la régression (ce qui ne fait que souligner leur importance dans l'évolution d'une psychose - ce n'est malheureusement pas encore une lapalissade !). En effet, alors que le traitement chimiothérapique était resté identique, la rechute de Denise va être aggravée par une série d'événements plus ou moins évitables :

- le changement de cadre thérapeutique coïncidait initialement à un état où il était parfaitement possible de multiplier les contacts avec la réalité. Il était thérapeutique de lui permettre de rentrer chez sa soeur tous les soirs et de ne plus limiter son univers d'hôpital à une chambre seule. L'Hôpital de Jour à quatre lits était tout à fait apte à remplir ce rôle, d'autant plus que les horaires de psychothérapie étaient inchangés.

En fait, il fut difficile de trouver tous les jours un bureau pour les entretiens, tandis que l'approche relationnel de l'infirmière du dit Hôpital de Jour se révélera assez catastrophique

en regard de celui des infirmières du service de cardiologie (ces dernières avaient toujours préservé une distance bienveillante, salutaire à Denise, alors que Madame L..., elle-même aux prises avec des conflits personnels importants, ne supportera pas les angoisses de Denise et créera un contexte fusionnel particulièrement préjudiciable à chacune d'entre elles).

- Un second changement de cadre thérapeutique : au bout d'une semaine d'hôpital de jour et suite au déménagement du service de cardio, l'ouverture du service de psychiatrie à temps plein posa, avec le transfert de Denise, le problème du renouvellement semestriel des internes (je devais suivre un assez grand nombre " d'anciens " et il ne m'était pas possible de continuer à la prendre en charge de façon intensive... d'autant plus que c'était la " belle malade " du service, à la fois pour les nouvelles infirmières du service et pour la nouvelle interne qui auraient je pense, difficilement accepter de s'en occuper en seconde position). Par la suite, si j'ai continué à voir Denise, ce n'était qu'en tant qu'ancien thérapeute pour lui demander plus ou moins rapidement de ses nouvelles, quand cela était possible (elle a eu une période où la régression était telle qu'elle marchait à quatre pattes et était incontinente fécale et urinaire).

Elle restera neuf mois hospitalisée en psychiatrie (ce qui ne manquera pas de me faire reposer crûment les avatars de son destin institutionnel !). Comme le service avait perdu tout contact avec elle depuis son départ en Juillet 1975, je lui ai adressé un petit mot à Mulhouse, auquel elle répondit :

" Je viens tout d'abord te remercier pour la lettre que tu m'as envoyée. A mon tour, avec " un peu de retard ", de te souhaiter une bonne et heureuse année 1976.

Je vais bien et ne prends plus de médicaments. Comme

tu peux le constater, je suis à Saint-Victor sur Loire chez ma soeur où je suis venue passer quelques jours de vacances. A Mulhouse, tout va bien, à part que je ne suis plus chez mes parents.

Comme je vois (je lui en avais parlé dans mon mot), vous n'avez pas pu retrouver mon blue-jeans. Tant pis, je n'avais pas trop d'espoir. Maintenant, je te quitte en t'embrassant bien fort. Amitiés ".

Elle passera dans le service et prendra le temps de me demander " pourquoi j'avais pas été son docteur tout le temps ? " (dans son délire elle avait dit à l'interne qui s'en occupait en décembre 75 : " Je veux téléphoner au docteur Massardier pour voir s'il va bien. Je crois qu'il est mort d'un... chagrin d'amour !).

En février 1975, elle avait fugué pour aller au Pavillon d'Urgence... lieu de notre première rencontre !).

Ces trois éléments apportent une pièce supplémentaire au dossier de l'existence du transfert chez le psychotique (s'il en était encore besoin !). Le problème de son " utilisation " thérapeutique me semble passer par une prise en charge intensive, avec toutes les difficultés que cela suppose, mais aussi avec quels résultats ! Il est effectivement possible de maintenir une relation de personne à personne ni distante ni fusionnelle, tout en aménageant un cadre de vie à rencontres multiples pour lesquelles je représentais un rôle de pivot. Dans les cas où les " non initiés " à la psychiatrie se trouveraient " coincés " par les questions que ne manquait pas de leur poser Denise, il était convenu qu'ils y répondaient en leur nom propre, tout en gardant la possibilité en cas d'incompréhension, de me faire poser directement la question par Denise ou de m'en parler eux-mêmes.

Le séjour dans le service de cardiologie met d'ailleurs

en évidence (Cf. Interviews) la possibilité de s'occuper d'un schizophrène sans la modification complète des attitudes habituelles que fait supputer le contact avec la folie (à rapprocher du problème posé si fréquemment par les externes nouvellement arrivés dans un service de psychiatrie, que J. GUYOTAT (Séminaire LYON 1976) condense dans l'alternative significative : " Faut-il délirer avec le malade, ou être contre ? ", comme s'il n'y avait pas de place pour d'autres solutions !). Le rôle des " non psychiatres " peut devenir un élément de réalité capital lorsqu'il peut être épaulé dans les moments délicats par la référence au psychothérapeute qui trouve lui-même en cela l'occasion de décentrer son activité par rapport à son pôle habituel qu'est le malade. Cette modalité de fonctionnement, recréant un père symbolique au groupe thérapeutique dans son ensemble (père symbolique dont les " schizophrènes " ont particulièrement besoin, l'absence de père réel étant retrouvée de façon significative dans leurs antécédents (J. GUYOTAT, Séminaire LYON 1976), s'accorde avec la distinction chère à E. MINKOWSKI entre le schizophrène comme être plus différent de nous par certains points que malade globalement (Cf. " Le Temps Vécu ", Ed. DELACHAUX NESTLE 1968), en même temps qu'elle permet la prise de conscience des rôles non équivoques des différents membres du groupe par le malade (Les infirmières de cardiologie n'ont jamais créé un certain esprit de compétition psychothérapique avec le thérapeute " officiel ", aidé en cela par un investissement annexe de la maladie mentale et non un investissement primordial, comme c'est le cas des infirmières psychiatriques pour lesquelles il est parfois difficile de résister à la tentation, même si en cela le milieu thérapeutique ne manque pas de redevenir psychotisant, en développant des fantasmes paranoïdes).

Cette observation est également l'occasion de considérer l'aspect psychodynamique de la schizophrénie entre ses aspects nosographiques classiques (délire fantastique, régression, morcellement corporel, perte de l'identité) et son évolution dont parle en mai 76

le mari de Cécile en ces termes : " Denise est devenue très perspicace, déjouant derrière nos paroles les sentiments qui y sont attendants, avec un réalisme qui me fait parfois un peu peur ! Elle prend les décisions qui la concernent avec une liberté que beaucoup pourraient lui envier ".

Ainsi, Denise illustre à la fois une maladie psychiatrique et une caractérologie plus psychologique.

V - INTERVIEWS DE L'EQUIPE

DE SOINS

Monsieur le Professeur H. VERNEYRE

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Je dois d'abord reconnaître mon incompétence dans le domaine de la psychiatrie et je regrette, comme tous les médecins de ma génération, de n'avoir pas bénéficié d'un enseignement de cette discipline à la Faculté.

J'ai donc abordé ma carrière de cardiologue avec des idées assez simples, pour ne pas dire simplistes. Je distinguais tout au plus les névroses qui touchaient les personnes conscientes de leurs troubles et les psychoses qui montraient plus d'illogisme.

Dans le cadre de mes consultations de cabinet, intra

ou extra-hospitalières, deux sortes de malades relèvent peu ou prou d'une thérapeutique psychiatrique :

- les uns ne présentent aucune atteinte organique et sont seulement victimes d'une " projection cardiaque " à partir d'une névrose d'angoisse. Leurs plaintes vont de préférence aux sensations d'oppression thoracique, aux douleurs, aux palpitations, tout ceci dans un contexte où prédomine l'anxiété. Une asthénie matinale est souvent le lot de ces sujets...

- chez les autres, coexistent une note psychiatrique et une pathologie organique. Un exemple précis à mes yeux, en est fourni par ce que je pourrais appeler l'état dépressif post-infarctus. En effet, il y a quelques années, les malades victimes de thromboses coronariennes devenaient souvent des invalides, en raison de la multiplication des limites imposées dans leurs comportements divers (alimentation, efforts physique et intellectuel...) et se fixaient en quelque sorte sur leur maladie. Cet état dépressif post-infarctus est peut-être moins souvent observé en raison du changement de comportement des médecins vis-à-vis de l'infarctus et sans doute aussi de la démystification de cette maladie par les mass média.

Pour en rester dans le domaine des relations entre terrain psychiatrique et insuffisance coronarienne, je dois dire que certains auteurs ont défendu l'hypothèse que l'infarctus surviendrait chez des sujets présentant un profil psychologique particulier et, à ce propos, j'avais lu dans " La Revue du Praticien " un article, en fait pas très explicite, où j'avais simplement retenu qu'il existerait des problèmes entre le Père et le Fils chez les angineux (sourire...)!

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Il n'y a pas eu de grands changements dans ma façon de voir la psychiatrie, car ces changements ne pouvaient être envisagés

que dans le cadre de dialogues avec les psychiatres qui n'ont malheureusement pas eu lieu. En effet, les occupations de notre collègue, le Docteur PELLET, ont fait qu'il n'a pu nous consacrer qu'un temps très limité et que nous n'avons donc guère bénéficié de son enseignement. Ceci est d'autant plus regrettable que nous sentons qu'un fossé se creuse entre les psychiatres et les médecins " somaticiens ". Il y avait une possibilité d'ouverture que nous souhaitions tous et qui n'a malheureusement pu être tout à fait réalisée. Il est vrai qu'avec ta meilleure disponibilité les choses se sont arrangées.

Ceci dit, nous avons tout de même été impressionnés les uns et les autres par la transformation de certains malades sous le seul effet de la chimiothérapie, transformation qui intervenait au bout de quelques jours.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

J'ai toujours considéré les malades psychiatriques comme des malades comme les autres et j'ai toujours accepté leurs symptômes comme des symptômes péniblement ressentis. Cette phrase souvent prononcée par l'entourage : " vous vous écoutez ", m'a toujours irrité profondément. Le malade psychiatrique doit être pris en considération au même titre que l'ulcéreux, que celui qui vient de présenter un infarctus, etc... Da ma pratique de clientèle, j'ai peut-être rendu plus service au " malade fonctionnel " qu'au malade organique. Bien sûr, le traitement digitalo-diurétique m'a permis de soulager pas mal d'insuffisants cardiaques, mais j'ai la sensation d'avoir débarrassé de façon plus radicale, beaucoup de fonctionnels, de leurs fantasmes et il y en a qui m'ont écrit pour me remercier. Ça ne durait peut-être pas, mais c'était déjà ça.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Je suis un peu peiné de la façon dont les malades psychiatriques sont traités en clientèle. Ce sont des sujets avec qui il faut discuter longtemps, qu'il faut prendre en charge en quelque sorte et pour lesquels il faut presque assurer une espèce de tutelle. Ce comportement n'est guère réalisé par les généralistes qui sont trop bousculés et j'avoue que lorsqu'un patient qui relève d'une thérapeutique psychiatrique se présente à mon cabinet, j'aurais tendance à court-circuiter son médecin et à l'envoyer chez le psychiatre. Des considérations déontologiques m'en empêchent parfois.

Je reconnais, avec certains de mes collègues, que lorsque nous découvrons chez un malade psychiatrique une atteinte organique, aussi discrète soit-elle, il fixe sur elle son anxiété et finalement ne s'en porte pas plus mal. Il a l'impression de n'être plus rejeté, d'être pris au sérieux et d'être écouté.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service, à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

La mixité des cardiaques et des malades psychiatriques dans le service n'a pas présenté, il faut le reconnaître, beaucoup d'inconvénients. Certes, il y a bien eu le cas de la petite G... qui s'est proménée toute nue dans les couloirs, mais enfin...!, puis aussi celui de Madame M... qui présentait un délire érotique extraordinaire pour lequel s'est posé le problème de voisinage..., mais il s'agit là d'incidents isolés, recueillis sur une longue période et dont on peut faire à peine état. En ce qui concerne les avantages éventuels du système, ils existent peut-être pour les malades psychiatriques, mais il ne m'appartient pas de les apprécier. Je crois pouvoir dire que s'agissant des cardiaques, il n'y a aucune raison de penser que l'expérience

s'inscrive en positif. Mais je reviendrai plus loin sur cette question.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiaque, avez-vous été attiré par la psychiatrie en théorie ou en pratique ?

La médecine forme un tout et ses différentes spécialités représentent en somme des branches issues d'un même tronc. Il n'est pas possible d'aborder de façon plus élaborée une de ces spécialités en méconnaissant presque totalement les autres et c'est pourquoi, je le répète, je regrette encore plus mon incompetence en psychiatrie. Toutefois, je n'ai jamais envisagé et je n'envisage toujours pas une orientation de ma carrière dans cette voie car, parmi toutes les maladies, ce sont certainement les maladies mentales qui me paraissent les plus tristes et les plus déprimantes.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Je pense qu'il est essentiel que la présence d'un malade psychiatrique n'entraîne pas de perturbations pour les autres patients : un homme qui vient de faire un infarctus doit être rassuré ; son voisinage doit être en quelque sorte réconfortant et on ne peut pas dire que la proximité d'un malade psychiatrique soit dans ce domaine, bénéfique. J'imagine même que si j'étais malade et qu'on me mette dans un lit à côté d'un dément ou même d'un malade moins exubérant, ma première réaction serait la peur... Ce sont des malades qui font peur. Aussi, je me demande s'il n'est pas préférable, pour certains d'entre eux du moins, de se trouver dans des chambres séparées. Une autre condition essentielle de la coexistence entre malades psychiatriques et malades non psychiatriques dans un service de médecine, est que les malades psychiatriques doivent être régulièrement suivis par leur spécialiste. Lorsque nous passons devant eux, nous avons l'impression de

répondre de façon maladroite à leurs questions et de ne pas savoir comment orienter leur thérapeutique. Il faut donc que ces sujets soient examinés aussi souvent que leurs voisins organiques et qu'ils aient l'impression d'être surveillés d'aussi près qu'eux par nos collègues psychiatres.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Nombre de mes confrères généralistes m'ont dit que les malades psychiatriques représentaient près de la moitié de leur clientèle. Si certains des problèmes qu'ils posent peuvent parfaitement être réglés par leur médecin traitant, à condition que celui-ci y consacre suffisamment de temps, d'autres plus complexes nécessitent logiquement le recours au spécialiste.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Il m'est difficile de répondre à cette question, car mon expérience a été vécue sur le plan de l'observation, une observation d'ailleurs peu prolongée et non pas sur celui des contacts répétés des malades psychiatriques.

Je ne pourrai donc livrer que des impressions personnelles dont je ressens l'absence de fondements valables. Il est possible que l'apparition des maladies mentales soit favorisée par l'éducation, par l'environnement, par tout un contexte sociologique, mais j'imagine mal que derrière tout cela, il n'y ait pas tout de même un support organique favorable.

J'ajoute que je suis originaire de la campagne et qu'il m'a semblé que les perturbations y étaient moins fréquentes dans

le domaine de la psychiatrie. Les névroses sont sans doute plus rares ; par contre, il m'a semblé que la tendance suicidaire était aussi fréquemment rencontrée qu'en ville. Sans doute la vie citadine favorise-t-elle la révélation de l'angoisse. Cette impression s'est fortifiée au cours des remplacements que j'ai pu effectuer à la campagne où les fonctionnels m'ont paru assez rares et peut-être déjà plus nombreux dans les bourgs, c'est-à-dire plus tout à fait à la campagne.

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

J'imagine assez bien le bénéfice que peut tirer le malade psychiatrique de son hospitalisation dans un service de médecine, mais à mes yeux il est essentiel de préserver la qualité de sécurité hospitalière pour le malade organique.

Une fois de plus, je tiens à dire que toute l'équipe médicale et para-médicale du service est restée sur sa faim après cette expérience qui aurait pu lui apporter beaucoup. Je pense que si elle devait se renouveler, il conviendrait que nos amis psychiatres puissent consacrer quelques heures chaque semaine à commenter les problèmes posés par les malades hospitalisés, afin que ceux-ci ne deviennent pas aux yeux des médecins et des infirmières des " étrangers ", à l'image de la spécialité dont ils relèvent.

Monsieur le Docteur DRAPIER - Attaché

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Dans mes études, absolument pas... rien...

Ma formation psychologique, je me la suite faite seul, en quinze ans de médecine générale (Je vais paraître prétentieux, mais cela grâce à ce que me disaient les psychiatres sur les malades que je leur adressais !).

Pourtant, je suis en désaccord avec la façon des psychiatres de s'occuper des gens. Je crois qu'on peut leur reprocher de faire trop d'ordonnances et d'être avares de leur temps. On ne peut pas demander à tous les psychiatres d'être psychanalystes. Il faudrait multiplier le nombre de psychiatres par X s'il fallait qu'ils soient tous psychanalystes. Un autre reproche aux psychiatres, c'est qu'ils ne..., enfin, je ne veux pas dire qu'ils ne donnent pas confiance au malade, mais il n'y a pas de dialogue entre leurs malades et eux. Ils ne leur donnent jamais leur diagnostic, alors que la plupart des malades viennent les consulter, au moins la première fois, pour cela. A mon avis, les malades ont droit à des explications sur ce qui se passe chez eux. Moi, quand je vois des névroses d'angoisse, je le leur dis, je le leur explique. Il faut démystifier les maladies, ne pas en faire des maladies honteuses et des tabous. J'avoue que pour la syphilis, il n'est pourtant pas toujours possible de le leur dire, mais si le malade sait que ses symptômes rentrent dans un cadre, si le malade trouve une étiquette, ça le soulage. Quand mes malades reviennent de chez le psychiatre en me disant " c'est nerveux ", ce n'est quand même pas un progrès !

On peut reprocher également aux psychiatres de donner des traitements de sorcier, de plonger dans l'ésotérisme. On sait pourtant bien que le traitement ne fait pas tout. Il apporte un certain confort, mais c'est tout. Le malade doit faire face à un état et faire un arrangement avec cet état.

Face à un état psychotique, le difficile c'est le contact avec le psychiatre. Combien de fois m'est-il arrivé de téléphoner au psychiatre et d'obtenir des réponses évasives : " qu'il prenne un rendez-vous "...

Quant à la notion d'urgence, je n'ai pas l'impression qu'elle existe chez le psychiatre. Il ne se déplace pas. J'ai eu des suicides qui m'ont marqué pour cela. Vraiment, il y a une dizaine d'années, il était inconcevable qu'un psychiatre puisse se déplacer pour aller voir quelqu'un à domicile.

Dans ma clientèle, le gros de mes préoccupations va aux névrotiques auxquels je passe mon temps à expliquer ce qui s'est passé entre eux et le psychiatre chez qui je les ai adressés et qu'ils n'avaient pas compris.

Pendant mes études au Pavillon P de Grange-Blanche à LYON, j'avais vu quelques malades " mentaux ", mais la lecture de leur observation était toujours restée impossible. J'avais toujours l'impression de lire de l'Hébreu. J'ai lu alors moi-même des articles de psychiatrie dans la Revue du Praticien, le Concours Médical et quelques publications de laboratoire assez bien faites d'ailleurs, quelques monographies, ainsi celle de GUYOTAT sur la schizophrénie, mais le langage hermétique si souvent employé, isolait la psychiatrie au sein de la médecine.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Il n'y a pas eu de changement à proprement parler, c'est-à-dire pas de tournant franc.

L'occasion de voir des malades " psy " existait, mais je n'ai jamais cherché à avoir un contact avec des psychotiques profonds. Cela m'aurait demandé trop de lecture et de temps et surtout, je ne sais pas quel service ça leur aurait rendu. J'ai bien vu la petite G..., mais je ne me suis pas intéressé à ses problèmes. Il me semblait qu'elle cherchait quelqu'un à qui se raccrocher, mais elle avait un regard si lointain... elle était en marche-arrière. Enfin, un schizophrène peut bien se comporter comme un névrotique.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Je crois que ce sont des malades comme les autres, mais les malades " psy " se distinguent par leur grande variété : du petit délirant au grand schizophrène, du paranoïaque persécuté au délire en secteur qui permet une vie familiale... Cette diversité m'a toujours un peu surpris.

Dans l'ensemble, ils ne posent pas trop de problèmes. Ils sont même souvent sympathiques, parfois jovials même ! Si une certaine catégorie de malades " psy " peut être considérée comme les autres, pour certains je ne sais pas bien comment il faut les considérer... c'est votre problème, en particulier ceux qui ne reconnaissent pas être malades.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Le plus gros problème que j'ai eu, c'est celui de les faire travailler. Là encore, je trouve un reproche à faire aux psychiatres : ils sont trop complaisants avec les arrêts de travail. On les fixe dans leur maladie en leur enlevant leur travail.

Les problèmes de couple sont vraiment monnaie courante. Sur le plan psychothérapique, c'est sûrement une des choses les plus difficiles, savoir ne pas donner de conseils et respecter l'intimité des gens.

Dans le service, il n'y a pas eu de problèmes. Avec les psychotiques, j'ai toujours été attristé par mon impuissance en ce domaine. Dans ma famille, alors que j'étais encore étudiant en médecine, j'allais voir un schizophrène à Saint-Jean de Dieu. Il a été lobotomisé, ce qui ne l'a pas fait quitter sa mère avec laquelle il est toujours resté. Maintenant qu'elle est morte ici d'insuffisance rénale, il lit toute la philosophie : Kierkegaard et Kant dans le texte original, il fait de l'Allemand. Ses lectures vont aussi aux sciences, aux dernières inventions, à la politique. Il a une pension d'invalidité, un jardin, il fait un peu de vélo. De temps en temps, il a une période de dépenses inconsidérées, mais il est toujours d'une naïveté ! Je crois que je ne l'ai jamais compris. Je ne sais jamais si je lui fais plaisir ou si je lui fais de la peine. Il est devenu pusillanime, douillet...

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Les avantages pour ce qui est des déprimés, c'est certain. Pour la petite G..., je ne peux pas me prononcer, mais

de toute évidence, les " fous " entre eux, ne peuvent que voir leur folie.

L'avantage pour nous, c'est d'être confrontés à certains diagnostics, à certaines analyses. On y trouve ensuite une plus grande facilité dans nos rapports avec les états limites, en clientèle. Ce ne sont plus momentanément des étrangers. Pour les infirmières, il peut y avoir des difficultés de début, mais ensuite, c'est plutôt profitable pour tout le monde. Avec les familles des malades, il n'y a pas eu de problèmes.

Les morts subites qui peuvent toujours se produire en milieu cardiologique peuvent poser des problèmes aux structures psychologiques fragiles.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attiré par la psychiatrie en théorie ou en pratique ?

J'aurais été attiré par la psychiatrie au cours de mes études, mais j'ai été rebuté par son mode d'enseignement. C'est sûrement une des matières médicales qui m'a fait le plus lire, une fois installé, alors que j'étais en clientèle.. Je ne veux pas dire pourtant que c'était ce qui me posait le moins de problèmes !

Enfin, c'est difficile la psychiatrie. On aurait envie de la mettre en pratique. Ce n'était pas un problème de diagnostic ou de technique médicale, mais bien plutôt de traitement. Voir des problèmes psychologiques, pathologiques, ça donne envie d'en faire, de fouiller les choses sur le plan psychiatrique. C'est doublement intéressant d'une part pour soi, d'autre part pour rendre service aux autres. C'est sûrement un domaine utile à connaître, la psychanalyse étant au fond la plus intéressante.

La courte expérience avec vous m'a donné un regain d'intérêt, en particulier sur le plan de l'analyse. Une meilleure vision " psy " en général, améliore le contact avec les malades, leur rend service.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Il faut mettre la psychiatrie à la portée du personnel médical " non psy ", qu'il s'agisse des médecins ou des infirmières. Il faut connaître pour ne pas faire d'erreurs, connaître les antécédents, la structure psychologique. On a affaire à un tout.

La répartition des malades joue un rôle important. On ne doit pas faire renforcer l'anxiété des malades les uns avec les autres. Ainsi, un secteur " psy " isolé d'un secteur non " psy " dans un même service serait une erreur. Il faut un mixage, l'acceptation se faisant dans la mesure d'une connaissance. De votre côté, il faut sortir de votre indifférence.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Une partie des malades " psy " est nettement incluse dans la médecine générale. Ce sont d'ailleurs toujours des cas particuliers. Des schizophrènes ou des paranoïaques peuvent très bien en faire partie au même titre que des névrotiques, mais une autre partie des malades " psy " a des altérations trop profondes de la personnalité pour avoir des chances de cohabiter avec d'autres malades sans rompre une certaine harmonie à l'intérieur d'un service.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Alors là, absolument aucune ! (ou je me bornerai à répéter mes lectures).

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Deux problèmes se posent en priorité pour terminer :

- celui de la conduite à tenir avec les mélancoliques
car " j'en ai perdus " !

- celui de la fréquence des visites chez le psychiatre,
car en-dehors d'un certain temps passé avec lui, il ne doit pas y avoir grand-chose à en espérer !...

Monsieur le Docteur SAULNIER

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?

- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Non en théorie. Mais en pratique, j'avais acquis par l'expérience personnelle une double idée :

- une catégorie de gens où je manque de bases d'abord. Je ne sais pas comment les prendre. Je ne me sens pas capable de rendre service. Je n'hésite pas à les adresser au psychiatre.

- une autre catégorie de malades qui bénéficient de ma consultation. Comme je prends les malades tous les 3/4 d'heure, même en faisant en 1/4 d'heure un diagnostic d'anorganicité, j'ai encore une demi-heure pour leur expliquer des notions de mécanique qui les aident à se comprendre. Ce sont des anxieux, pas des psychotiques vrais (!). Un certain nombre revient se faire faire un ECG que je leur remets. Ça les rassure. Parfois, quelques uns de ces " fonctionnels " deviennent coronariens, (j'ai un malade qui était bien plus inquiet avant d'avoir fait sa névrose postérieure... Paradoxalement, il va beaucoup mieux depuis... Il s'était fait faire des ECG normaux pendant 10 ans !). Par ailleurs, chez les cardiaques, il y a beaucoup d'obsessionnels qui me téléphonent dès que leur taux de prothrombine varie de 1 à 2%. Ceux-là se situent entre les deux catégories déjà définies. (On intervient pour faire un parallèle entre ces trois catégories ainsi mises en évidence et la classification psychiatrique communément admise entre NEVROSE, NEVROSE OBSESSIONNELLE, PSYCHOSE).

En pratique quotidienne de cardiologie, je n'hésite

pas à montrer mes malades au psychiatre. Je n'ai pas peur des mots " Psychiatre, psychiatrie ". J'ai eu de bons résultats. Si l'on veut considérer quelques exemples, celui de Madame P... est particulièrement significatif : d'inabordable (quand on entrait dans sa chambre, on se limitait le plus possible en paroles et en temps, tant elle nous assaillait de son verbiage compliqué)... d'inabordable donc, on a pu parler avec elle et quand elle vient aujourd'hui en consultation l'échange est possible facilement. On ne la reconnaît plus. Madame M... va également très bien. Le délire érotomaniac de cette grande catholique a disparu sans laisser de troubles de la communication. Je pense avoir une bonne relation avec elle. Quand elle sent qu'elle va moins bien, elle augmente d'elle-même son HALDOL. Ces " bouffées délirantes " me posent un problème, peut-on parler de guérison ? (En réponse, on pose l'image du " fou incurable à clochettes " du Moyen-Age, en affirmant que les clochettes étaient aussi anxiolytiques pour le commun des mortels que les barreaux des asiles hier, authentifiant ainsi la profondeur du fossé séparant la forteresse des individus " sains d'esprit " et la nécessité d'un objet distinctif où le groupe des normaux se rassure en projetant ses propres folies...).

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Changement depuis PELLET. On voyait enfin réellement la suppression des barreaux. On a pu mélanger les malades " psy " et " non psy ". Ça ne se serait jamais fait à Saint-Etienne, or la preuve est faite que la coexistence " psy " et " non psy " existe.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Oui, si l'on entend par malades des gens qui ne sont pas en harmonie avec eux-mêmes, avec leur corps et avec leur esprit. Ce qui les différencie des autres, c'est qu'ils ne guérissent pas uniquement par les drogues.

Il est possible que vous ayez trié les malades " psy " car je ne pense pas que tous soient hospitalisables dans ces conditions (Je réponds qu'on a fait rentrer des malades graves mais avec lesquels on était sûr d'une amélioration, c'est-à-dire que le triage a été au fond très rare, éliminant les " asilaires " dont le comportement manifestait par trop les avatars d'un régime institutionnel fermé, style Hôpital Psychiatrique Traditionnel).

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Pas de problème particulier. Les malades que je connaissais, j'ai continué à les voir comme avant. On leur demandait des nouvelles de leur état " psy ", sans plus. Je n'ai pas empiété sur vos plates-bandes.

Les Cheftaines aimeraient aussi une thérapeutique d'urgence précise pour tel malade, ce qui se faisait et qui sécurisait tout le monde (On fait remarquer que cette demande s'est davantage posée au début de l'expérience. Petit à petit, " la seringue de discussion " est tombée en désuétude pour être restituée sous la forme moins défensive et moins agressive de " l'injection soignante " qui retrouve ainsi sa fonction légitime).

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

On se détache du " fou à clochettes " d'antan. Les malades " psy " étaient des malades comme les autres. Les avantages sont sans doute plus pour les malades " psy ", mais je n'en suis pas sûr. Je pense que les infirmières ont été plus sensibles à ce problème, ce sont plus rendues compte.

- Problème des libertés de visite.

- Problèmes sexuels qui restent difficilement abordés.

Dans les salles d'attente de consultation, certains jeunes malades " psy " se sont embrassés de temps en temps. Un hôpital n'est pas fait pour ça pour beaucoup de gens, aussi on avait des réflexions.

- Problèmes de responsabilité en cas de suicide, de fugue... mais cela ne s'est jamais très posé en pratique (ce qui n'est pas sans évoquer des problèmes d'identification par rapport à la propre mort de ceux qui restent. Car autant il paraît improbable qu'une personne victime d'insuffisance cardiaque fugue, autant il paraît inadmissible dans un service habitué au " somatique " qu'un individu en bonne santé physique puisse demander sa mort. Le paravent des oedèmes n'est plus là pour éluder une problématique, pourtant universelle, pour les mortels que nous sommes, même si comme le montre la psychanalyse, la mort n'existe pas pour l'inconscient).

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attiré par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

En 1957, en faisant mes études, j'ai connu la psychiatrie des barreaux. Depuis, j'avoue que je suis plus tenté de montrer les gens aux psychiatres. Tout se tient, l'organique et le fonctionnel ; il n'y a pas de séparation tranchée. Je suis d'ailleurs en contact avec des " malades frontières ", surtout avec les angineux. Je ne pense pas qu'on puisse faire de la bonne cardiologie en disant : " Je me fous de la psychiatrie " !

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Ça tient sûrement à trois choses :

a - équipe d'infirmières qui accepte ou pas,

b - psychiatres qui soient abordables. L'équipe PELLET a été très agréable pour nous. Des rapports de compréhension mutuelle se sont établis en évitant l'écueil de " l'ésotérisme psychiatrique ". Quand PELLET est arrivé à La Charité, on savait qu'il ne se moquait pas des problèmes organiques. C'était pour nous une garantie. En définitive, l'importance primordiale revient aux hommes. On peut parler de service où les soignants étaient complémentaires dans leur choix différent.

c - un service de cardiologie peut être plus à même de se complémentariser par la psychiatrie. Le coeur représente vraiment la frontière entre le corps et l'esprit : il y a de la cardiologie " lourde " et puis on prend " mal au coeur ".

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Elle devrait l'être, mais les conditions actuelles d'exercice de la médecine générale l'en ont exclue en pratique ; ce n'est pas possible.

A la Faculté, je n'ai jamais appris la différence entre une psychose et une névrose. J'ai du le lire moi-même. Je regrette de ne pas avoir de formation en psychiatrie.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

La décompensation d'une maladie organique peut révéler une névrose ou une psychose. L'amélioration sur le plan mental ne peut pas me faire émettre un avis valable sur l'étiologie, mais seulement des hypothèses : le changement de mode de vie chez un individu fragile peut révéler une maladie " psy ". Exemples, Madame M..., Monsieur M... Les problèmes éducationnels me semblent bien plus importants que la génétique, mais ce n'est qu'une supposition.

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Dans le cadre de l'expérience actuelle, je crois que nous avons fait une synthèse.

NB. La conversation libérée des contraintes du questionnaire s'engage alors sur l'éducation des enfants et nous sortons du cadre de ce travail.

Monsieur CORNEC - Interne

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

J'avais effectivement eu " l'expérience de l'hôpital de Villefranche " où j'étais externe l'an passé. Le psychiatre qui venait deux fois par semaine voyait les malades chez lesquels on ne trouvait rien d'organique. La psychiatrie était l'exécutoire des fonctionnels.

Pour les tentatives de suicide qui lui étaient montrées systématiquement, le psychiatre n'arrangeait rien. Il y en avait qui refusaient de le voir à cause de sa réputation.

Je crois que j'ai gardé une prévention terrible contre la psychiatrie. Pour exemple, je me souviens d'une femme de 48 ans, ancienne tuberculeuse, qui était déprimée. Les examens n'avaient rien révélé d'anormal. Le psychiatre consulté l'avait faite hospitaliser à l'Hôpital Psychiatrique d'où elle était revenue chez nous en coma Addisonien. Il avait affirmé que son état était en relation avec une mésentente conjugale ! De toute façon, le psychiatre en question ramenait tout au sexe.

Avec des cas pareils, je n'étais pas engagé à l'enthousiasme, mais à la tendance à minimiser le plus possible la psychiatrie en tant que réalité thérapeutique.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Changement dans le sens de la découverte des possibilités d'existence de maladies mentales en-dehors du cadre des fonctionnels. Quand on a une Denise G..., on ne peut le nier. Changement dans le sens de la certitude que la folie existe, bien que je n'ai pas envie " d'aller y voir ". En effet, j'ai le sentiment d'être fermé à la psychiatrie. Je crois que je serais incapable d'aborder un malade psychiatrique, encore faut-il distinguer la psychiatrie des névroses et celle des psychoses. Celle des petites névroses fait plus appel à l'expérience de tous les jours du médecin, à son bon sens, alors que la psychiatrie des psychoses fait appel à un " bagage psychiatrique " que je ne possède pas.

En définitive, j'ai beaucoup changé sur ma façon de penser la psychiatrie. Aujourd'hui, la solution me semble une médecine intégrée avec deux examens, un organique, un psychiatrique pour le même malade et confrontation des données en vue du traitement. Il s'est avéré que c'était non seulement possible, mais que tous les intéressés y trouvaient leur compte.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Oui et non :

- Oui, car ils doivent être soignés comme les autres et réclament encore plus de temps que les autres,

- Non, parce que l'abord est complètement différent et parce que la thérapeutique a tendance à être plus subjective qu'objective, sans qu'on puisse nier cette nécessité.

Le psychiatre se met dans le bain du malade mental ; le cardiologue n'en a pas besoin. Le psychiatre interprète toujours par rapport à lui et beaucoup de psychiatres ont beaucoup trop de problèmes personnels pour pouvoir résoudre objectivement ceux des

autres. Pour être psychiatre, il faut être très disponible. Déjà pour être médecin, il faut l'être un peu, mais pour être psychiatre, il faut l'être à fond.

Quant aux victimes d'infarctus du myocarde, comme toute maladie qui met en jeu la vie du malade, la psychiatrie est toujours concernée.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Pas de problème, car je ne voulais pas interférer dans ce que tu faisais. Dans le service, j'avais mis une frontière entre le " psy " et " l'organique ". Sans doute ai-je refusé de me poser personnellement en psychiatre que je n'étais d'ailleurs en aucune façon.

Problème de relation avec " Miss " B... car elle ne parlait pas, même en lui demandant des banalités (on lui fait alors remarquer qu'il avait de meilleurs " contacts " avec les psychotiques qu'avec les névrotiques, ce qui va bien dans le sens de l'estime personnelle qu'il leur portait). Quelle meilleure illustration à cela que le constat de mon agressivité envers l'hystérique Madame F... Je me suis même engueulé un peu avec elle, alors qu'elle faisait mine de s'évanouir après qu'elle m'ait demandé de lui examiner le ventre. " Elle me les gonflait ..." ! Avec Charles C... par contre, j'ai bien discuté, même si c'est passé par le terrain d'entente commun du football au début. J'ai peine à croire qu'il était schizophrène tellement l'observation des personnes dépasse le discours social simplificateur sur la folie (auquel j'adhère, ne serait-ce que culturellement). C'est désécourisant de voir l'intrication du normal, du névrotique et du psychotique. Il y avait des moments où tu avais du boulot ailleurs et où je t'attendais au moins autant que tes malades !

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Le maître avantage est que les malades " psy " ne sont plus parqués comme à Saint-Jean Bonnefonds (Hôpital Psychiatrique ouvert il y a une dizaine d'années dans la banlieue de Saint-Etienne) ou au Vinatier, (le Sainte-Anne de Lyon).

Le fait de ne pas être rejeté du système de soin des autres malades est capital. L'hôpital psychiatrique (H.P.), c'est le " trou " (la prison), pour ne pas dire le " mitard " (la prison de la prison) car il vaut mieux aller en prison qu'être interné en H.P. (que ce soit au sens légal : l'internement préfectoral, ou au sens pratique : y rester à l'intérieur par un contrat de soin). Si dans les deux cas il ne fait pas bon parler en public de ses antécédents, l'évadé reste d'autant plus en sursis social qu'il a été fou.

Quant aux inconvénients... A un moment, il y avait six malades " psy " sur les 15 du service au rez-de-chaussée, c'était un peu trop. Un certain taux de mixage des malades " psy " et " non psy " est à respecter, sous peine de recréer la séparation. L'estime que je peux en faire d'après mon vécu, semble tourner autour de vingt pour cent.

Pour revenir aux avantages, j'ai pris conscience de l'erreur souvent commise en faisant repartir chez lui un malade qui souffre avec un bilan négatif. Objectivée ou non par les examens traditionnels, la souffrance existe et la présence d'un psychiatre permet de " passer la main " sans avoir recours à des expédients du genre : " c'est une totoche, elle peut aller se faire pendre ailleurs " ! (ce qu'elle ne manque d'ailleurs pas de faire, allant ainsi de spécialiste en spécialiste, en " oubliant " souvent le psychiatre).

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avec-vous été attiré par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Avant cette expérience, certainement pas ! Ici, j'ai découvert une psychiatrie ouverte et efficace à laquelle le passé ne m'avait pas préparé.

Si je ne suis pas attiré, j'ai cependant acquis une volonté de comprendre qui m'était totalement étrangère. J'aimerais avoir des bases théoriques, car j'ai pris conscience de son existence au niveau de la médecine courante. Je ne peux plus être indifférent.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

La double nécessité d'une part, que les soignants " non psy " ne refusent pas la psychiatrie et d'autre part, que les psychiatres ne se considèrent pas comme des non médecins.

A l'entente dans le travail et à la formation d'une équipe de soin efficace revient le privilège des relations personnelles. Le Patron t'a accepté, mais je ne pense pas qu'il l'aurait fait pour n'importe quel psychiatre. Quand on me parle de psychiatres qui ne sont pas médecins, je bondis !

La même expérience, sans intérêt mutuel et sans discussion commune à propos des malades, ne paraît vouée à l'échec. Combien de fois t'ai-je demandé des " conseils " en thérapeutique psychiatrique ? Et puis, quand tu venais, on ne disait pas " c'est le psychiatre ", on disait " c'est Massardier ". On pouvait te montrer un IONO, un ECG, tu en discutais avec nous. Il y en a qui n'auraient pas su ce que c'était.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Honnêtement, je pense que non, mais si on admet qu'on a toujours à faire à des malades, alors oui.

En définitive, la différence d'abord des problèmes et la particularité de la thérapeutique, donnent à la psychiatrie une place à part dans la médecine générale.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Mes sensations vécues dans cette expérience d'adulte ne me permettent pas de passer outre les théories du savoir. Je ne " vois " pas.

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

En conclusion, on peut citer l'exemple de Monsieur F... où on a pu travailler de front pour déboucher sur un aspect d'ensemble qui était intéressant pour toi et pour moi. J'ai vraiment trouvé là une profondeur psychologique que je n'aurais jamais pu soupçonner seul. (Cf. Chapitre réservé aux observations où ce cas est relaté).

Monsieur C. DEVOUASSOUX - Interne

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?

- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie.

Au cours de mes stages hospitaliers, je n'ai eu aucun abord pratique de la psychiatrie. Quant à la théorie, mes cours de 6ème année parlaient beaucoup du vécu des malades, mais c'était un peu trop romancé à mon goût, si bien que leur valeur pratique m'est apparue insignifiante.

En ce qui concerne l'idée que je me faisais des malades psychiatriques, je n'ai commencé à en avoir une que lorsque le Docteur PELLET a commencé à nous envoyer ses malades et je dois avouer que ce n'était pas l'enthousiasme. Comme je ne voyais pratiquement PELLET qu'à l'entrée ou à la sortie des malades, je mettais une étiquette " psy " sur eux (celle que me donnait PELLET). Je ne peux pas dire que je m'en occupais. L'examen physique une fois pratiqué, ils suivaient le traitement qui leur avait été prescrit à l'entrée. Ils étaient classés, classés un peu comme un cancer du foie. Ce n'est pas sans amertume que cette comparaison m'est venue à l'esprit, car si je n'ai jamais pu effectivement discuter avec PELLET, ce n'était pas par manque d'intérêt ou de motivations. J'aurais aimé... je regrette. (Je prends alors la parole pour transposer cette analogie au plan officiel de l'enseignement de la psychiatrie au Chili en 1970, où il est affirmé magistralement que : "la schizophrénie est le cancer de l'âme", ne faisant alors que reprendre les paroles de notre ami commun le Docteur Julian LORA qui suit depuis, le Certificat d'Etude Spéciale de Psychiatrie, en France).

Lorsque tu as commencé à t'occuper toi-même de ses malades, c'était la fin du semestre et on a été pris un peu par le temps. Cependant, l'atmosphère du service avait changé. Pour Madame R... qui était rentrée pour crise de tachycardie dans le service et qui s'était mise à pleurer quand je l'interrogeais le jour de son arrivée, il y avait eu un échange d'idées. Un an après, je me souviens encore que tu avais remarqué que les rares périodes de sa vie où elle était bien, étaient celles où elle était enceinte. L'analyse que tu en faisais était, je l'avoue, séduisante, même s'il m'était difficile de la considérer autrement qu'une hypothèse, tant elle sortait du cadre de mes connaissances, en particulier gynécologiques.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Après avoir regretté l'absence du Docteur PELLET, je me suis mis à regretter le faible nombre de malades " psy " dont nous nous sommes occupés ensemble. Je peux dire qu'il y a eu trop peu de malades mentaux pendant mon semestre pour entamer mes anciennes convictions dans le sens d'un véritable changement.

Mon impression personnelle peut se formuler ainsi : chez la plupart des gens, il y a un petit fond psychiatrique permis par la Société et considéré comme normal. Le malade " psy " rompt cet équilibre au cours d'un événement familial, social ou religieux, par la façon qu'il a subjectivement de le vivre tragiquement.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

A un niveau idéal, oui. En réalité, si ce sont effectivement des gens qui souffrent, qui ont besoin de soins, il est non

moins réel que je ne sais comment m'y prendre pour leur apporter ces soins. Ça me rebute. Il est donc non moins étonnant que je préfère ne pas les dire " comme les autres ".

Sécurité personnelle mise à part, deux catégories de " fous " m'apparaissent :

- le fou qui garde l'aspect des gens normaux et avec lequel on garde un certain degré de communication important,

- le fou qui vit son délire et dont l'incommunicabilité fait peur.

Pour revenir à un terrain que je connais, l'expérience que j'ai pu vivre au contact des " démences séniles " à base organique athéroscléreuse, m'a relativement posé peu de problèmes. Pourtant, ils racontent parfois des histoires ahurissantes ! L'analyse neurologique qu'on faisait, nous permettait une vision organisée de leur maladie et à partir de là, une certaine facilité, un certain confort pour s'en occuper et même pour reconnaître nos limites de thérapeute, en particulier dans ces cas-là.

En définitive, on ne fait de la médecine que dans le domaine qu'on connaît. Ailleurs, on ne doit avoir qu'un seul principe : " Primum non nocere ".

Cependant, au premier abord de certains symptômes inconnus, on réagit différemment. Ainsi, les hallucinations auditives de Monsieur V... me sont apparues comme un autre symptôme, comme une douleur par exemple. Oui, il donnait l'impression d'en souffrir comme d'une douleur, mais mes conditions d'observation ont peut-être influé sur ma façon de penser, car le fait de n'avoir moi-même aucune explications aux " Voix " n'était pas très anxiogène dans la mesure où j'avais l'assurance que PELLET en avait une et qu'il

n'était pas loin, même s'il n'était pas là.

J'opposerais à cela ce que j'ai le plus craint de Monsieur V..., je ne sais pas pourquoi, c'était l'agitation. Si j'avais eu de l'agitation, je lui aurais fait beaucoup de neuroleptiques.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Je vais répondre par une liste :

- mon incompétence en psychiatrie
- mon incapacité, secondaire à la précédente, à orienter un dialogue
- celle également de mettre une étiquette nosographique
- l'impression désagréable entre toute de ne pas pouvoir entrer en contact avec certains
- difficultés à voir le Docteur PELLET. Quand il s'occupait seul de ses malades, rares il est vrai, on avait beau lui téléphoner, il devait toujours passer, mais je ne le voyais jamais. J'aurais pourtant eu terriblement envie de discuter avec lui.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

J'étais interne en Cardiologie et je ne connaissais rien en psychiatrie. J'avoue que d'être ainsi obligé de laisser effacer ma responsabilité devant ces malades " psy " qui étaient quand même dans le service, m'était parfois dur. Ainsi, je n'aurais pas aimé voir augmenter le nombre des malades " psy " du service. Et

puis, étant donné le "racisme entre les fous", il n'aurait pas fallu qu'il y en ait plus que de noirs dans un quartier blanc, justement pour qu'il n'y ait pas de racisme ! (Les médecins n'étant peut-être pas moins racistes que les malades " blancs " !).

Tous les avantages semblaient réunis pour traiter les malades " psy ". Ils existaient dans le service au même titre que les autres et je faisais d'ailleurs en sorte de bien le leur faire savoir. C'était mon pouvoir. Maintenir l'intégration de fait qui était con-
tenu dans leur accord d'admission par le Chef de Service, n'a pratiquement jamais posé de problème entre les malades. J'ai même pu constater des liens plutôt amicaux.

Cette cinquième question est une des plus intéressantes par la richesse de ses développements.

Le semestre de l'interne qui a eu l'occasion de démystifier ainsi ses notions en général factices de la psychiatrie, prend une autre dimension, alors qu'il est tout à fait improbable (il n'y a qu'à se pencher sur le choix de l'Internat), qu'il fera l'effort d'un semestre à part entière en service de psychiatrie, (ce qui n'est d'ailleurs pas une solution non plus, étant donné la complexité des problèmes posés, six mois paraissent à la fois trop courts pour les résoudre de façon satisfaisante et trop longs pour une simple prise de conscience pourtant indispensable. Ce n'est d'ailleurs pas un fait particulier à la psychiatrie et des situations analogues se retrouvent pour beaucoup de spécialités médicales).

Dans la mesure où un service n'est pas hyperspécialisé et dans son recrutement et dans ses traitements, cette formule de " mixité " est toujours possible. Dans notre expérience, il était d'ailleurs paradoxal de remarquer le temps mis par les malades de " cardio " à découvrir que la cause d'hospitalisation de leurs voi-
sins n'était pas cardiaque. Une relation de solidarité avait eu le temps de s'établir entre eux et cette connaissance n'avait pas l'air

d'affecter cette relation par la suite. A ce propos, les hommes " savaient " moins vite que les femmes : ils sortaient discrètement quand j'interrogeais leur voisin, tandis qu'elles faisaient semblant de lire leur journal.

Si tant est que soit soutenable la comparaison entre les conditions d'hospitalisation d'un malade " psy " chez VERNEYRE et en Hôpital Psychiatrique, il m'apparaît qu'un passage en H.P. marque pour la vie, alors qu'un séjour ici n'était en rien un handicap pour leur avenir et leurs relations. Pour le commun des mortels, être allé au Pavillon 19 ou au Vinatier (" Asiles " de tradition ancienne et encore appelés comme tel à Saint-Etienne et à Lyon), c'est être incurable. Au mieux, si le terme n'est pas prononcé comme tel, c'est ne plus pouvoir leur faire confiance. Combien de fois ai-je entendu excuser des vécrites avec le plus grand sérieux par un : " Il y a 25 ans, il a été au Vinatier, alors...! "

A l'opposé, dans certains milieux mondains, la " dépression nerveuse " est devenue très " in " et appartient désormais à l'être normal supérieur !

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attiré par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Dans la mesure où la psychiatrie a eu des implantations en médecine générale, j'ai eu pour elle un regain d'intérêt, sans qu'on puisse pour autant parler d'attraction. Mais, il est une chose particulièrement importante pour moi : j'ai connu un psychiatre qui était perceptible et je reste persuadé que si on avait eu à faire à un psychiatre délirant (comme me sont apparus ceux qui m'ont fait des cours), il n'y aurait eu aucun échange.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

- Le fait qu'on puisse échanger ensemble... J'insiste !
- La possibilité d'un langage commun
- Le problème de la proportion des malades " psy " et " non psy " dans le service (10% me paraît être un seuil à copier sur ce modèle des Noirs dans un quartier blanc que j'ai l'occasion d'aborder au cours d'un séjour aux USA)
- L'absence de chambres réservées aux " psy ", sinon ce n'est plus la mixité)
- Le problème de la disponibilité du Psychiatre responsable, de son intégration dans le service.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Je pense à deux types de psychiatrie :

- une psychiatrie lourde : le délirant non inclus dans la médecine générale car il pose des problèmes trop spécifiques,
- les névroses et la psychosomatique qui font partie intégralement de la médecine générale car là, il est possible d'intégrer le malade pour trouver le problème et lui en faire prendre conscience.

Ceci bien sûr est schématique, mais comme la question l'est aussi...! Les vrais problèmes sont souvent des cas particuliers vis-à-vis desquels nos schémas sont remis en question.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Le mot étiologie, de tout mon cours de psychiatrie, je

ne l'ai jamais entendu prononcer une seule fois.

En ce qui concerne la façon d'accéder à la psychopathologie, je pencherais pour le milieu de vie passé et présent des gens. Il y a sans doute à voir du côté des parents désunis, de l'intégrité de la structure familiale. C'est un problème délicat où il est difficile d'affirmer.

Certains psychiatres et certains pédiatres insistent sur le rôle des premières années où seuls les parents sont en relation avec l'enfant... Je ne peux pas répondre plus avant, sans faire appel à mes connaissances.

Monsieur Michel LAMAUD -- Interne

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?

- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Non, en pratique et en théorie (des cours où je ne suis jamais allé !). Mais j'avais lu BALINT (Le Médecin, son malade, la maladie, les méthodes psychothérapeutiques), en 1968. Je n'en avais pas tiré grand chose. Je l'ai relu après notre rencontre et les lignes ont pris alors un sens nouveau. La psychiatrie restait avant tout ésotérique. Je me souviens de cours : " Le vécu schizophrénique ", absolument impénétrables, pourtant j'étais littéraire, Bac Philo. J'avais lu quelques articles dans les Cahiers Médicaux Lyonnais. En faisant Médecine, j'ai été détourné de la psychiatrie, alors qu'au début, je faisais médecine pour faire psychiatrie. Les études de médecine ont stérilisé cette " vocation ". J'ai été com-
plètement détourné.

D'après les cours, je me demandais comment ces psychiatres qui étaient un peu délirants, pouvaient traiter des malades. Cela a participé à une réaction de rejet de ma part. " La psychiatrie ce n'est pas la médecine ", tout le monde a du dire cela. Les psychiatres ne se mettent pas en question, ils ne s'expliquent pas, ils mettent un mot, structure untel, tel traitement. A Macon, ils ne mettaient que le traitement. Les psychiatres se comportent plus que les autres spécialistes comme des défenseurs de leur science, ils font de la rétention de psychiatrie. Je ne sais pas s'ils sont rejetés par les médecins en général, mais pour des gens qui se taxent d'ouverture d'esprit...! (Je fais remarquer que l'on a un peu laissé de côté les malades psychiatriques et que je prends acte de sa

" rogne " officiellement cette fois, alors qu'à l'Internat, elle rentrait assez vite dans le domaine très prisé du " canular carabin "...).

On relève deux types de malades :

- ceux qui étaient adressés normalement en Cardiologie et qui présentaient des problèmes psychologiques : c'étaient des malades pris en charge en commun,

- ceux que vous laissiez rentrer avec PELLET. Heureusement que tu es arrivé, car il y aurait eu une réaction de rejet dans le service. Il ne venait pas les voir assez souvent. Pour le faire venir, c'était hypothétique, on ne savait pas ce qu'il fallait faire. On ne savait pas ce qu'on avait le droit de faire. On ne faisait rien. Depuis ton arrivée, c'est incomparable. L'intérêt pour la psychiatrie a été possible et s'est fait rapidement. Il existe donc un problème de présence et de dialogue qui est capital.

Madame P... est rentrée pour une tachycardie sur terrain thyroïdien et elle a été prise en charge entièrement par vous par la suite... J'étais trop gêné pour faire de la psychiatrie où je ne connaissais rien et puis il y avait des problèmes importants en cardiologie à régler, donc problème de choix. Souvent, on ne se rend pas compte du besoin de quelqu'un en psychothérapie, mais comme j'y croyais peu personnellement, je scotomais le problème. Un peu moins maintenant.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Moi, je pense que cela se recoupe avec la sixième question. Cela a été progressif. Je t'ai même demandé des bouquins de psychiatrie à la fin du semestre. A la limite, la psychiatrie se diviserait entre des psychiatres chercheurs, philosophes sans

responsabilité de soins et la psychiatrie faite par un généraliste bien formé, qui ait du temps. Si je n'avais pas fait cette expérience, je n'aurais sans doute pas relu BALINT.

La psychiatrie devrait être faite en Hôpital Général. L'Interniste devrait avoir une formation psychiatrique, ce qu'il n'a pas du tout. Il lui manque l'habitude du maniement de certains concepts qui sont autant de points d'arrêt dans la compréhension d'une conversation.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

(Haussement de sourcils, silence...). C'est un bon sujet de dissertation où tu peux développer une rhétorique du oui et du non pendant des pages et des pages. Moi, je ne considère pas les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, car ils " m'emmerdent ". Je ne connais pas la technique qui puisse les soulager, mais je suis pour qu'ils puissent l'être. Aucun malade, psychiatrique ou pas, prétexte organique ou pas, ne vient voir un médecin sans présenter une demande ou un désir au sens Lacanien du terme, bien que LACAN ... hum !

La psychiatrie fait partie de la médecine. Il y a trop d'intrication entre les deux. Un malade, c'est un malade. On est médecin, le malade vient chercher une aide pour être soulagé. Si l'on ne fait rien, on est ambigu car on voudrait faire croire au malade qu'il est lui-même ambigu : " Vous n'avez rien ", alors que c'est le malade qui souffre. Personne ne vient nous " emmerder gratuitement ", alors que c'est l'impression que l'on a parfois. La question est piège, car elle est faite pour dire : " Non les malades psychiatriques ne sont pas comme les autres ". Le malade ne peut pas se rendre compte de qui dépend sa souffrance. Le médecin, lui, doit le faire.

Même si ce n'est pas agréable, tout le monde rejette la psychiatrie. Le Médecin et le malade. Il n'y a que le psychiatre qui veut faire de la psychiatrie. Tout le monde a peur de la psychiatrie car tout le monde a des problèmes. Un malade psychiatrique est pour moi un agresseur. Je me sens toujours agressé par lui : " Toi tu as aussi des problèmes, mais tu ne le dis pas, hein ! " semblent-ils me lancer... Les névrotiques, ils nous mettent en face de nos problèmes, c'est " emmerdant ". Le psychotique, lorsqu'on n'a pas à s'en occuper, on dit qu'il est dingue et l'affaire est faite, on est tranquille.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Le problème, c'est que je ne les voyais pas tous les jours et que vous ne passiez pas tous les jours. Cela voulait peut-être dire, est-ce que vous ne prendriez pas la place de..., mais je ne rentrais pas dans le jeu. Je ne marchais pas sur tes plates-bandes. En fait, ce n'était pas des malades " emmerdants " envers nous. Ils savaient que l'on ne s'occupait pas d'eux principalement. On les voyait tous les jours, mais l'on était accessoire. Les malades psychiatriques que j'avais vus avant dans les services étaient beaucoup plus " emmerdants ". Je n'ai pas été assez loin avec eux pour que des problèmes psychiatriques soient réellement posés.

Pas de problèmes pratiques. Avec les malades de cardiologie, je ne me suis pas rendu compte des problèmes de mixité. Les " psy " voyaient fondre les oedèmes, les types mieux respirer ; ils devaient se dire, moi cela va être pareil, je vais guérir de mon " oedème cérébral ". Les seuls problèmes, Madame P... qui se foutait de moi en me lançant des vannes. Moi, je faisais pareil. Si tu me dis qu'elle ne m'aimait pas, c'est effectivement que l'on s'est pas compris, qu'on a fait un effort peut-être réciproque pour ne pas se comprendre.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Je ne vois pas bien les anomalies... Le seul inconvénient, il semble que nous et vous les psychiatres, nous n'étions pas assez solidaires eu point de vue du savoir. Pourtant, pour les malades, il devait y avoir certainement une suite. De par le temps que l'on y passait tous, VERNEYRE, DRAPIER, SAULNIER, cela suffisait de leur faire prendre conscience de l'unité.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attiré par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Recoupement avec la deuxième. Il y a eu un changement, mais j'ai été déçu quand je t'ai demandé un bouquin de psychiatrie rapide et simple (Cf. mon attitude analogue en arrivant dans le service du Docteur PELLET). J'ai été obligé de rester dans ma cardio, mais en fait, c'était pour moi un problème de temps. J'aurais peut-être choisi un semestre en psychiatrie pour être obligé d'y consacrer du temps. J'ai quand même lu depuis... je suis ouvert. Je pense dire que je suis attiré par la psychiatrie, c'est peut-être parce que je m'y étais déjà intéressé avant, pas tellement à cause des malades eux-mêmes. Les infirmières avaient plus accès aux malades psychiatriques que moi. Je suis frustré ! Il est bien connu qu'on ne s'habitue pas à la frustration comme du dis !

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Bonne entente entre les personnes ? Question de nombre. S'il y avait eu plus de malades psychiatriques, j'aurais été obligé

de m'en occuper. Comme il y avait plus de malades de cardiologie, j'avais bonne conscience de ne pas m'occuper de ceux de psychiatrie. Il faut que le médecin ait une formation psychiatrique pour que cela soit intéressant. Il aurait fallu que tu aies plus de temps et moi aussi, qu'il y ait plus de malades psychiatriques pour que l'on s'en occupe tous les deux.

Je déplace mon manque en psychiatrie, secondaire aux études incomplètes en ce domaine, alors que l'on va chercher des détails en physique ou en Math en CPEM (Certificat préparatoire aux Etudes Médicales). L'idéal, c'était les malades mixtes avec deux problèmes, un psychiatrique et un non psychiatrique. Il faut que le psychiatre et le cardiologue n'aient pas d'oeillères. Un terrain d'entente de départ pourrait être la psychopharmacologie. J'ai été pour ma part convaincu par les perfusions d'ANAFRANIL.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

On a déjà dit oui... mais problèmes de temps et de formation pour le généraliste. La réaction de rejet est due à certain psychiatres et à l'éducation médicale.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

On ne peut pas tirer une approche étiologique de cette expérience. Je ne m'en suis pas assez occupé. Avec Madame P..., peut-être que si... Immaturité affective manifeste due aux parents. Pour les psychotiques, je ne peux rien dire. Je crois que la génétique est importante, structure et tendance dans une même famille. Dans une même famille, tu n'as pas un schizophrène, un obsessionnel, un hystérique.

Mademoiselle PUYEOURDIN - Cheftaine

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?

- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Non, simplement des notions de l'Ecole d'Infirmières, c'est-à-dire rien. Quant à l'idée que je m'en fais, je ne sais pas trop. Ces gens-là, Madame P... avait mal partout. Finalement on en rencontre beaucoup dans la pratique courante. Ça m'énervé. Je projette sûrement quelque chose de moi. Je ne pouvais pas comprendre. Madame P... avait tellement changé de comportement après le traitement. Elle pouvait désormais s'intéresser à autre chose qu'à elle-même. Madame R... avait l'air mal commode. Ça devait être sérieux. Toujours ce visage enfermé dans son monde à elle. Madame B..., comment va-t-elle ?

En parlant de leur cadre familial, c'était un biais pour les comprendre. On aimait bien lire les mots, discuter avec vous. Ainsi, j'ai appris qu'on pouvait faire quelque chose pour eux, alors qu'avant je croyais que c'était incurable. Etre malade " psy ", c'était appelé à vivre en marge de la société pour le reste de ses jours. Maintenant, je comprends d'avantage l'importance du milieu de vie des gens. Madame P... parlait très peu, pas de relation avec elle, elle répondait par monosyllabes. Dans la chambre à trois lits où elle séjournait côte-à-côte avec deux jeunes filles, Félicie R... et Michèle B..., elle jouait son rôle de grand-mère très au sérieux, pourtant son contact humain était particulièrement difficile. Elle avait comme un mur devant elle, elle ne vivait pas. D'ailleurs cela n'a pas été vrai seulement pour nous, car peu de temps après son arrivée, elle m'avait confié son mécontentement à votre égard : " Il

m'a posé des questions qui ne le regardent pas... Je ne veux plus le revoir " ! (Cf. Observation).

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Avant la psychiatrie m'apparaissait... enfin, les psychiatres que j'avais connus avant me paraissaient aussi malades que leurs patients. Je ne connaissais pas les malades " psy ". Ce changement a donc surtout eu lieu vis-à-vis d'eux. Pour la psychiatrie en général, c'est plus délicat.

En fait, cette expérience m'a aidée à saisir les malades sous toutes leurs dimensions, dans les différents pôles de l'être humain en face de la maladie, quelle qu'elle soit. Une nouvelle façon d'appréhender les gens en général, leur dimension affective, l'importance de leur vécu. Avant, je me disais, c'est une " totoche " et je tournais la page. On en parlait plus... c'était fini. Sans doute y avait-il dans cette attitude tout un côté appris. A l'Ecole d'Infirmières, on est formé d'une manière très technique. L'aspect psychologique n'est pas abordé, un peu comme si une infirmière était une technicienne. Ça ne répondait pas aux questions que posait le contact avec les malades. Dans ce sens-là, l'expérience m'a beaucoup aidée... dans le sens de la psychologie de l'être humain en général.

En cardiologie, les malades sont facilement angoissés et simplement en les écoutant, on arrive à calmer leur anxiété, sans même avoir à ouvrir la bouche. J'ai officialisé et compris le rôle de l'échange de la parole, de l'écoute. Ce n'est pas facile d'écouter quelqu'un et les gens sentent bien quand on est distrait en les écoutant.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Surtout pas différents des autres. Une fois le service de psychiatrie ouvert au rez-de-chaussée, alors que nous étions encore au premier étage du même bâtiment, j'ai vraiment eu l'impression qu'on avait "parqué" les malades "psy". C'est pas qu'on les soignait mieux, mais quand ils étaient avec les autres malades, on ne les distinguait pas. Le service uniquement "psy". ça a été un autre monde. On parquait vraiment les "psy". Il semblait qu'ils potentialisaient leurs symptômes les uns les autres. Pourquoi les mettre à part ? Il m'était vraiment apparu qu'ils allaient mieux plus vite, chez nous. Exemple, Madame G..., mélancolique, particulièrement peu communicante à son entrée, un vrai masque, a été "guérie" en trois semaines, côte-à-côte dans une chambre à deux lits avec une cardiaque hyperthyroïdienne avec laquelle elle avait fort sympathisé.

Ça ne me dérangeait pas du tout de m'occuper de vos malades, mais vous étiez là. Je prenais n'importe quel malade dans ce service, même sans rien y connaître, car on prenait le temps de s'expliquer. On savait qu'on pourrait toujours vous téléphoner. Quand ils étaient hospitalisés en cardiologie, ils n'avaient pas l'étiquette de "fous". En sortant, qu'ils aient eu la tuberculose ou une maladie "psy", c'était pareil, ils étaient logés à la même enseigne, ils avaient été malades. Chez des gens "psy" déjà fragiles, c'était un poids de moins à supporter quand ils sortaient de chez nous. C'était tout à fait bien aux yeux des autres, de la société, de sortir du service du Docteur VERNEYRE (renommée stéphanoise). Quand on compare cela aux départs du Pavillon 19 ! (renommée inverse où dominant la coercition et les projections agressives du stéphanois moyen vis-à-vis de la folie : "Si tu continues, on va t'enfermer au 19"). Dans le service, les filles qui avaient fait des tentatives de suicide passaient inaperçues (la tentative de suicide était considérée vraiment comme le symptôme d'un conflit et non comme une maladie écran

vis-à-vis du non respect du tabou chrétien de se donner la mort).

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Pour Madame D..., j'avais demandé vos conseils quant à l'attitude à avoir quand elle refusait son traitement. Dans tous les cas, avec les malades que vous suiviez, on vous demandait la conduite à avoir avec chacun, donc pas de problème... " Ne jamais céder aux caprices des hystériques "... ça m'est resté. Madame D... qui en était une, avait pourtant un contact très facile. Elle était très agréable. Ce qui m'avait frappé avec Madame NOUVIER (Psychothérapeute-Analyste du Service PELLET) à propos de Mademoiselle B..., c'est qu'elle est venue me demander un colis avec elle. Madame NOUVIER lui avait dit, je crois, qu'elle prenait ses désirs pour la réalité. Elle venait de me le demander seule, mais comme je n'avais pas reçu de colis, je lui répondis très vite qu'il n'y en avait pas car j'étais occupée à des problèmes qui me paraissaient sans doute plus importants. Elle était revenue avec Madame NOUVIER pour vérifier cette histoire de colis. L'explication de Madame NOUVIER m'avait paru simple et efficace : elle ne m'avait pas crue; elle a cru Madame NOUVIER, je me le rappelle très bien. J'aurais été incapable de l'aider à réfléchir sur son comportement, même en sachant qu'elle ne m'avait pas crue. J'ai du me dire à ce moment qu'elle n'était pas comme les autres. De toute façon, je vous l'aurais demandé.

En fait, il n'y a jamais eu de problème et on n'avait aucune formation... c'était uniquement positif... ça nous sortait de la technique quotidienne. La psychiatrie, c'était un peu le retour à la clinique, sans trop d'examens de labo. Pour les examens de labo que vous demandiez, je les faisais aveuglément, alors qu'en cardio j'en discutais assez souvent avec l'interne, mais je fais de la cardio depuis 15 ans. Avec les médicaments, c'était pareil.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

J'ai déjà répondu en partie à la question dans les précédentes :

- des anomalies, il n'y en avait pas, sauf qu'on était incompetent, mais vous étiez là quand on avait besoin de vous et ça allait.

- les avantages paraissent évidents au niveau de la relation du malade quel qu'il soit. Même avec les autres malades, je n'ai jamais entendu parler de problèmes. Il y avait une certaine compréhension entre eux. Pour Denise G..., il y avait des moments où elle délirait. Les autres malades (à ce moment elle était la seule malade de psychiatrie du service) exerçaient une sorte de protection vis-à-vis d'elle. Pour Madame P... elle s'occupait de sa voisine qui avait un infarctus pulmonaire et ne pouvait pas se lever. Ça lui permettait de moins penser à elle, pour le plus grand bien de sa voisine.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attirée par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Ça m'a bien intéressée, mais je n'aimerais pas faire uniquement de la psychiatrie. Ça me tournerait la tête, je ne serais pas assez solide. Dans les conditions de mixité, je recommencerais volontiers. Au contraire, on sort de notre cadre quotidien, ça ouvre les yeux sur les perturbations secondaires à des désordres psychologiques et inversement, mais travailler dans un hôpital psychiatrique, pas question !

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Il y avait une bonne collaboration humaine à tous les échelons. VERNEYRE et PELLET s'entendaient bien. Les internes de cardio et de " psy " aussi. C'était bien supervisé. Monsieur LAMAUD (Interne) était un peu allergique, mais il ne refusait pas les malades " psy " dans le service. Monsieur CORNEC allait plus volontiers les voir, ne serait-ce que pour leur dire bonjour. Je crois que LAMAUD qui était très fort en médecine avait du être un peu décontenancé par la psychiatrie où ses connaissances étaient limitées (effectivement, il y avait eu souvent de sa part une demande de " savoir " qui m'avait été adressée d'abord je crois, sur la psychopharmacologie de l'ANAFRANIL et qui ensuite s'était assez nettement démarquée de l'aspect médical chimiothérapique de la psychiatrie).

Le service était devenu ouvert à la dimension " psy " des malades de cardio. Dans les autres services de cardio que j'ai fréquentés (Docteur B...), on ne se posait jamais ces questions là. Ça rend la médecine plus intéressante.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Oui. Aspect de l'homme total, à condition d'avoir autant de connaissances en psychiatrie qu'en médecine générale. Un psychiatre doit connaître la médecine, c'est trop lié... c'est trop difficile de faire la part du psychique et de l'organique. Cette unité humaine est importante, tant pour l'art médical que pour le malade. Un malade ne se sépare pas en appareils, ne se coupe pas en tranches (on se rappelle que l'autopsie n'est classiquement faite que pour des morts !).

9°/ Étiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

On a parlé du milieu familial en particulier les contraintes sociales inhérentes à certains (exemple, Félicie R..., Michèle B... qui se culpabilisaient beaucoup à partir de principes qu'elles avaient reçus), l'éducation des gens peut être traumatisante. La " cellule " familiale, la religion avec le sens du permis et de l'interdit (exemple, pour Michèle B... l'interdit avait pris une importance démesurée. Un certain terrain génétique, peut-être pas, un peu comme les coronariens à qui on demande les antécédents parentaux.

Je me demande si les conditions sociales actuelles ne sont pas un facteur de névrose, si les gens ne sont pas en train d'accepter d'être des moutons qu'on marque à l'encre rouge et qui se laissent parquer, rejeter.

Je trouve aberrant que la société soit obligée de créer S.O.S. Amitié pour que les êtres humains puissent se parler et pourtant, même ici au travail, on n'a pas le temps de parler des problèmes humains ; on passe son temps à se donner des ordres.

Dans l'expérience, on prenait le temps de parler des malades. Ça nous remettait en question. C'était plus de la physiologie psychologique.

Heureusement que je ne portais pas mon uniforme (de religieuse), car j'aurais choqué Michèle B...

Sensibilisée par les problèmes des malades psychiatriques du service, j'ai participé davantage aux émissions télévisées de B. BETTELHEIM Elles m'ont fait percevoir l'importance des premières années de la vie.

Soeur BERNADETTE - Infirmière

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Non. En théorie, le Docteur X... nous avait fait des cours qui avaient "tourné à la foire". J'avoue ne pas en avoir retenu grand-chose. (Comme se crée un silence, je prends alors la parole pour préciser que cette opinion sur les cours de psychiatrie est retrouvée assez fréquemment, qu'il soit ou non question de "foire". Ceci ne fait que souligner l'intérêt d'une formation pratique sur les lieux de travail qui pourrait intéresser bien davantage les personnes restées jusque là très distantes de la psychiatrie).

Dans les malades de psychiatrie, je voyais des excités, des agités. Ils me font peur, comme le ferait un homme ivre qui crie dans la rue. La peur m'empêche de discuter avec eux. Au fond, ça vient plus de moi que d'eux. Je ne sais pas pourquoi ils me mettent dans une telle insécurité.

Depuis que je suis infirmière dans le nouveau Service de Cardiologie du Docteur D... à l'Hôpital de Saint-Jean Bonnefonds (hôpital initialement prévu uniquement pour la psychiatrie, mais qui

a vu s'implanter différents services de médecine dans les trois dernières années, notamment endocrinologie, gastroentérologie et épuration extra-rénale), les cardiaques ne dorment souvent pas le premier jour où ils arrivent. Le lendemain ils demandent : "Où sont-ils" ? sans jamais les nommer " fous ", alors que les membres de leur famille qui viennent seulement en visite le font couramment.

En fait, assez vite, les malades de cardio d'ici arrivent à les appeler les malades de psychiatrie, à ceci près que les femmes restent plus méfiantes longtemps. Les hommes ont plus tendance à réagir de façon humoristique : " Ça les fait rire " !

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

La psychiatrie demande beaucoup d'écoute, beaucoup plus que pour un autre malade. Chez VERNEYRE, je me suis aperçue qu'ils avaient besoin de soins, pas les mêmes, mais qu'ils étaient des malades comme les autres. J'allais aussi bien vers eux que vers les malades de cardio.

Comment va la petite B... ? Elle me parlait peu ; je pense que ça devait la gêner que je sois soeur !

Mademoiselle R... parlait bien, mais ça n'allait pas très loin. Elle était ennuyée quand la tribu de " Romanos " arrivait, mais lorsqu'elle a vu qu'on les acceptait, ça mieux été.

Denise G..., je n'aurais pas pensé qu'elle puisse récupérer dans l'état où elle était. Elle s'était bien améliorée en trois semaines. La dame qui était dans la chambre voisine a demandé longtemps de ses nouvelles. Elle avait remarqué " qu'on n'a gu'à

l'écouter ". Ce qui me surprend, c'est que les autres malades n'en avaient pas peur. Ce qui me surprend également, c'est que lorsque le Service de Psychiatrie a été créé au rez-de-chaussée du Service de Cardiologie, quand il y a eu séparation " géographique " des " cardio " et des " psy ", les cardiaques n'allaient plus voir la télé dans la salle commune aux deux services.

Pour moi, Denise G... était incurable. Quand vous me dites qu'elle a toutes les apparences de la normalité maintenant, cela me fait dire que les possibilités thérapeutiques en psychiatrie sont très importantes, même s'il faut y consacrer beaucoup de temps, d'attention, une certaine finesse.

Les deux souffrances, physiques et psychiques, sont à placer à un même niveau de gravité, ce qui n'était pas évident pour moi avant. Avant, je pensais que les psychiques jouaient la comédie, qu'ils n'avaient qu'à faire un effort. Ça, je n'y crois plus. Même quand une hystérique fait une scène, c'est bien elle au fond qui la supporte en premier.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Oui, Oui, tout à fait. Ce sont des malades. Ils auraient une fracture, on irait plus facilement vers eux pour les soulager. Dans le cas de la psychiatrie, on ne sait pas par quel bout les prendre, mais je crois qu'il est important de leur donner du temps et de l'attention.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Problèmes ?... Je ne vois pas... Quels problèmes ?

Oui, l'accueil était plus délicat bien sûr, mais vous étiez là, d'ailleurs aussi bien pour les cardiaques que pour les " psy " ; il y avait des traitements efficaces pour chacun.

Quant aux questions qui se posaient, on y répondait au fur et à mesure avec vous. Quand le Docteur PELLET était seul à venir voir ses malades chez nous, alors là ça a posé des problèmes, car il était trop difficile de le faire venir dans le Service. Il n'était alors pas question de le faire parler des malades de psychiatrie qu'il nous envoyait.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Anomalies, je n'en ai pas vues. Avantages pour les malades et le personnel ? Pour mon métier d'infirmière, c'est valorisant. Alors que je n'aurais jamais été voir de malades " psy " dans un hôpital psychiatrique, ceux qui sont venus chez nous m'ont intéressée.

Ici, à l'Hôpital de Saint-Jean Bonnefonds qui est surtout psychiatrique, je ne pense pas que ça marche... Je ne suis pas en accord avec... Je ne crois pas que c'est valable, pas les soins, car je ne sais pas ce qu'ils font, mais on a l'impression qu'ils ne s'occupent pas de leurs malades. Il n'y a pas de discipline. Ils restent couchés dehors. Ils trouvent gîte et couvert s'ils sont là. On ne les soigne pas vraiment et ils n'ont pas beaucoup de chance d'en sortir moins malades qu'à leur entrée.

Quant aux avantages, Chez le Docteur VERNEYRE les malades donnaient l'impression d'être pris au sérieux. Chez nous, ils repartaient leur traitement fait, comme les autres malades. Du moment qu'ils étaient traités en même temps que les autres, ils

étaient comme les autres. Ce n'étaient pas des pestiférés comme j'ai pu en voir dans les asiles d'aliénés des villes du DAHOMEY, alors que dans la brousse la famille gardait son malade quoi qu'il arrive.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attiré par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Attirée par la psychiatrie ? C'est trop dire ! (elle se racle la gorge...) Je ne refuse pas de soigner des malades " psy " dans les conditions de chez le Docteur VERNEYRE, mais je n'irai jamais dans un asile.

Les " psy " parmi les autres malades, ça pousse à vous informer sur la psychiatrie. J'ai lu des articles, des bouquins, alors que je n'aurais pas eu cette idée avant... sur la schizophrénie par exemple... Cette question est complexe, il y a beaucoup de cas différents.

Je me demande ce qu'apprennent les infirmières psychiatriques. A mon avis, celles qu'on voit ici sont mal formées... quand on ne se demande pas si elles ne sont pas malades ! Ça me fait penser à votre infirmière (à qui on avait fait des perfusions d'ANAFRANIL en juillet 1974), Madame L... Elle se mettait si souvent à la place de ses malades que ça devait être déprimant pour elle. Je ne crois pas qu'elle ait sa place en psychiatrie. Elle y dépensait trop d'énergie pour s'équilibrer elle-même, il y en avait plus pour les autres. Sans doute trop de problèmes personnels. Quand nous parlions ensemble, c'était toujours la faute de son mari !

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Nos Patrons se sont de plus en plus intéressés à vos

malades, alors qu'au début ils ne prenaient pas tellement vos malades au sérieux ; ils occupaient un lit, c'était tout. Ensuite, c'est devenu différent, la médecine et la psychiatrie s'étaient intriguées. Tous s'intéressaient à tous. Le Docteur VERNEYRE nous montrait souvent des cardiaques, mais il lisait les mots que vous écriviez dans les observations. Il ne passait pas à côté des malades " psy " sans leur dire un petit bonjour, quelques mots, mais qui comptaient beaucoup pour eux. Je crois que c'était important.

Maintenant, si on aborde la coexistence entre nous, pas de problème. On était un service uni pour les malades, tous les malades.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Moi, je dirais oui. Elle est un cas de médecine comme un autre, mais je vois mieux ces malades soignés avec d'autres malades. Je me demande si même un petit service de psychiatrie est valable. Ils sont trop entre eux, ça fait un peu peur.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Tous les jeunes avaient des problèmes familiaux. Je ne l'aurais pas cru avant de le voir comme ça ! La maladie mentale venait sûrement de leur milieu familial. On a souvent l'impression que les jeunes se foutent de leur milieu familial, mais en définitive, ils doivent y être très sensibles.

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Moi, j'ai vraiment apprécié cette expérience, d'autant plus que de moi-même, je ne l'aurais jamais tentée... mais si je dis cela, c'est bien parce que vous étiez là.

Mademoiselle Chantal de HARO - Infirmière

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Avant cette expérience, je n'avais jamais vu de malades psychiatriques et j'avoue qu'alors ils me faisaient un peu peur. Mon imagination n'arrivait pas à les voir comme les autres malades, sans doute en partie à cause des " on dit ", car en cela, je ne faisais qu'imiter le comportement du plus grand nombre.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Ma vision antérieure était une vision d'emprunt. Cette expérience m'a fait découvrir ce qu'était la psychiatrie en pratique quotidienne et le fait qui m'a le plus marqué à partir de l'observation des malades " psy ", est l'intensité de leurs besoins affectifs. Par rapport aux autres malades du service, ils avaient en général beaucoup plus besoin de la confiance du personnel soignant.

Les contacts de personne à personne ont fait disparaître mes peurs en même temps que s'affirmaient leurs particularités d'existence en ce qui concerne des raisonnements parfois surprenants en qualité et en quantité à la fois. Par exemple, des problèmes simples leur demandent beaucoup de temps, sans qu'on puisse faire intervenir un manque d'intelligence. C'était assez typique chez Monsieur R... !

Leur vie prenait une complexité assez extraordinaire. Quand je pense aux tentatives de suicide du service ! Madame F... comparée à Mademoiselle R... avait une vie qu'il m'était assez facile de comprendre. Sa névrose ne devait pas être très grave par rapport à la psychose de Mademoiselle R... Plus c'était complexe, plus on avait de difficultés pour entrer en contact avec les malades et plus la pathologie psychiatrique était importante. Ces notions n'existaient pas du tout pour moi avant cette expérience. Et puis, de voir quelqu'un très atteint qui guérit, cela faisait dépasser très vite la psychiatrie de classification que j'avais apprise, sans rien comprendre d'ailleurs, car il faut remarquer que les mots employés ne facilitaient pas la compréhension. Le succès thérapeutique change beaucoup la façon de considérer la psychiatrie, d'autant plus peut-être qu'on ne s'y attendait pas autant, même si l'on doit tenir compte d'un temps de traitement plus long qu'avec les autres malades. Cette notion de temps s'explique d'ailleurs par la mise en jeu des relations psychothérapeutiques qui ne peuvent être assimilées au bistouri d'un chirurgien.

Enfin, c'est une nouvelle psychiatrie, moderne, active, qu'on a connu ici et qui n'a vraiment pas grand-chose à voir avec ce que j'avais appris avant.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Je n'arrive pas franchement à les considérer comme les autres. Avec eux, je me trouve plus tendue, je reste davantage sur mes gardes, car j'ai peur de faire des erreurs ou de dire quelque chose qui les blesse ou encore de faire un geste qu'ils interprètent d'une certaine façon.

A la réflexion, les malades " psy " que j'ai eu l'occasion de connaître dans le service, se divisent en deux catégories :

ceux qui parlent et ceux qui ne parlent pas. Les premiers ne posent pas tellement de problèmes, car on arrive assez bien à corriger les erreurs qu'on peut faire avec eux. Pour les seconds, c'est plus délicat. Est-ce qu'on apprend aux infirmières psychiatriques comment s'y prendre dans ces cas-là ? Dans les cours de psychiatrie que j'ai eu à l'Ecole d'Infirmières, le Docteur X... nous faisait percevoir la psychiatrie comme une science réservée aux initiés, une hyper-spécialité.

L'arrivée du Docteur PELLET à l'Hôpital de la Charité avait déjà modifié ces impressions, ne serait-ce qu'à partir de son comportement quand il passait dans le service. Il était beaucoup plus ouvert. Je me rappelle la première fois où je l'ai vu auprès d'un de nos malades. J'ai cru qu'il était de sa famille. Il n'avait pas de blouse, il parlait simplement, sans employer de " grands mots ".

En réfléchissant bien sur les différences qui peuvent maintenant exister pour moi entre les malades " psy " et les autres... comme on savait à l'avance que c'était des malades " psy ", on n'avait pas la même attitude avec eux, mais à leur visage, il était bien difficile de faire une distinction ! Il aurait peut-être été préférable qu'on ne sache pas les diagnostic d'entrée, car il est certain qu'ils nous influençaient.

Par la suite, ce qui primait pour les distinguer des autres, c'était surtout les problèmes relationnels. Pour moi, leurs relations étaient " psy " et seulement secondairement leur personne. Ce qui m'étonnait toujours, c'était leur inaptitude à se confier à leur entourage. Ils se confiaient moins à leur famille qu'à des étrangers ! Chez Mademoiselle R..., ceci était une évidence.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

En fait, il ne s'en est pas posé tellement et personnellement, je m'attendais au début de l'expérience, à beaucoup de problèmes qui ne se sont jamais concrétisés.

Le problème principal pour moi est incontestablement la difficulté du dialogue avec les " renfermés ". Ensuite, la liberté qu'avaient les psychotiques dans le service n'était peut-être pas toujours une bonne solution. La petite G... par exemple avait besoin d'être guidée parce qu'elle était trop " paumée ", trop perdue. N'est-ce pas normal d'avoir un guide quand on est perdu ?

Paradoxalement, si la petite G... et la petite R... sont les deux malades qui nous ont le plus posé problème, ce sont elles également qui nous ont le plus fait parler. Elles ont vraiment été pour nous les instigatrices de discussions intéressantes (témoin le nombre de questions que nous vous avons posées à leur sujet) et le point de départ de réflexions sur la psychiatrie, que n'aurait pas pu nous donner une théorie même bien présentée. Pour cela, il est sûr que votre présence dans nos échanges d'idées a été particulièrement utile et qu'elle a évité justement l'installation d'une polémique qui n'aurait pas manqué de poser, elle, de gros problèmes.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie "

Les malades " psy " ont besoin de gens équilibrés autour d'eux. Le petit Charles G... était très orgueilleux et renfermé, mais il était à côté d'une personne plus âgée qui bavardait volontiers et avec laquelle il s'est bien entendu. Cette personne avait fait plusieurs infarctus ; ils n'avaient pas les mêmes soucis, mais ça c'est bien passé entre eux.

D'ailleurs, les malades de cardio prenaient souvent

les malades " psy " sous leur protection, avec beaucoup d'affection. C'était pour tous une possibilité de se dépolariiser, de ne pas ressasser entre victimes d'une même maladie, les mêmes problèmes de cette maladie. Fréquemment, on pouvait constater qu'en discutant de leur manière de voir les choses entre malades, les non " psy " ramenaient les " psy " à des problèmes plus réels à partir d'idées assez bizarres. Ils faisaient donc entre eux, ce que nous n'osions pas faire, nous, aux malades " psy " du moins au début, avant de vous en avoir parlé. Il y avait sûrement une solidarité entre malades du même service, qui leur permettait de s'entr'aider alors qu'ils ne l'auraient peut-être pas fait entre deux services différents ou en-dehors de ces circonstances là.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attirée par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Ce qui me plaît dans la psychiatrie, c'est l'analyse des personnalités. On ne dit plus : " ce sont des fous ", avec tout ce que cette petite phrase a comme conséquences au point de vue peur, incompréhension, abandon. On se met à comprendre les motivations des gens et les conséquences changent.

Au début, on n'y croyait pas trop, on n'osait pas tellement engager une conversation avec vos malades. Quand on ne connaît pas la psychiatrie, on a tendance à laisser faire, à ne pas contrarier les gens, à ne pas prendre d'initiative, mais à partir du moment où on connaît un peu, de par les discussions qu'on avait avec vous, ça devenait actif, intéressant. Par exemple, au début quand je voyais Mademoiselle B..., je me disais en sortant dans le couloir : " elle est vraiment bizarre ". Ensuite, ce n'était plus pareil, je la comprenais davantage et j'avais beaucoup moins besoin de me confirmer que c'était bien elle qui était " givrée "... (rires).

Ce qui paraît tout de même un peu démoralisant, c'est qu'on arrive à comprendre qu'il est possible de faire des choses bizarres, même sans être " fou " . Il faut être pas mal équilibré pour s'occuper vraiment de psychiatrie.

En tout cas, on lisait les observations de psychiatrie, alors qu'on lisait rarement celles de " cardio ". C'était bien la preuve qu'un intérêt était né. Et puis, avec nos discussions avec vous... Je ne sais pas si les infirmières psychiatriques en savent plus que nous ?

Travailler dans un service de psychiatrie ne me tente pourtant pas et quand le service du rez-de-chaussée s'est transformé uniquement en service " psy ", ça m'a fait quelque chose. Ce n'était pas pareil au point de vue atmosphère, je n'étais pas à l'aise. Quand Denise G... qui y était hospitalisée venait à son ancienne chambre de l'étage au-dessus, ça nous faisait quelque chose. Par contre, refaire la même expérience de mixité, oui ! Les malades " psy " sont assimilés avec les " non psy " et l'ensemble est bon. Les malades sélectionnés, qu'ils soient uniquement " psy " ou uniquement " cardio ", c'est moins intéressant pour l'équipe de soin.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

De ce côté, nous n'avons pas eu de problème, car c'était vraiment un travail d'équipe. Quand un problème se présentait dans le service alors que nous sentions qu'il sortait de notre pratique ou qu'il nous mettait trop mal à l'aise, on vous téléphonait. La disponibilité du psychiatre a été indispensable, en particulier au début de l'expérience. On avait l'assurance de ne pas être seules, confrontées avec des problèmes qui pouvaient nous dépasser.

Les explications, les réflexions que vous faisiez nous ont permis de travailler dans de bonnes conditions. A postériori, on peut vraiment dire qu'il y a eu une grande différence d'ambiance dans le service entre l'époque où nous avons connu les premiers malades " psy ", sans avoir l'occasion d'en parler car le Docteur PELLET était seul, et celle où il y a eu un interne qui était présent. Les bonnes relations que nous avions avec vous comblaient les absences réelles. Vous, nous vous connaissions bien ; on pouvait discuter, comprendre. Ce n'était plus du tout pareil pour nous.

Une restriction toutefois en ce qui concerne le pourcentage des malades " psy " et les autres. Le taux de mixité paraît atteindre un seuil vers 20%. Si on le dépasse, il se crée une tension qui n'existe pas d'habitude. Un malade " psy ", ça prend du temps pour le connaître un peu et, dans ces conditions, on ne peut plus les connaître et vous n'avez plus le temps non plus de nous en parler. C'est un danger à éviter.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Elle ne doit pas être incluse. En effet, la psychiatrie présente dans son exercice des modalités particulières qui la distinguent de la médecine générale :

- elle aborde la vie privée des gens
- elle demande plus de temps
- l'abord psychiatrique d'un malade est différent de celui qui existe en médecine classique.

Par contre, je crois que Médecine et Psychiatrie sont complémentaires, car un homme existe toujours avec un côté psychiatrique et avec un côté somatique. C'est un tout. Avec la mixité des malades " psy " et " non psy ", la médecine devient plus complète et la

psychiatrie ne se perd pas dans ses réflexions philosophiques.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Question difficile !

- le plan affectif doit receler beaucoup de causes. Les pédiatres parlent de " carence affective ". Le plus souvent, c'est dans l'affectivité de l'enfant que doivent se prédisposer les personnalités " psy ".

- il y a un terrain qui peut être rendu favorable à la pathologie " psy " par l'hérédité : ainsi, des gens paraissent beaucoup plus équilibrés que d'autres, sans qu'on puisse invoquer une jeunesse bien différente.

- un manque de volonté qui rend fragile

- il y a sans doute une question de choix dans la vie. Ils se forcent peut-être à faire comme tout le monde, alors qu'ils n'y résistent pas.

- les malades " psy " ne peuvent souvent pas s'expliquer sur ce qu'ils font et la part inconsciente de leurs motivations paraît plus importante que chez le " commun des mortels ".

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

La psychiatrie est quand même difficile à comprendre, surtout quand on n'a pas quelqu'un qui la connaisse et avec qui on puisse en parler. Mais si on a effectivement quelqu'un, ça devient possible et même intéressant. Pour moi, je suis devenue plus tolérante. Depuis que j'ai constaté qu'une même situation pouvait être l'aboutissement de problèmes très différents, je ne peux plus en rester à " juger " rapidement les actions des autres.

Mademoiselle Anne-Marie JAKUBOWSKI - Infirmière

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Non, pour moi c'était bien séparé. Je voyais d'abord le fait que ce n'était pas des malades. C'était plus des personnes qui se laissaient aller, qui n'avaient pas de volonté, qui étaient faibles, faibles moralement, ou alors je voyais une tare familiale dans les autres cas.

La psychiatrie c'était confus... c'était une science relativement récente. Elle employait des moyens barbares (électrochocs, etc...). Je faisais quand même la différence entre la psychiatrie moderne et celle d'avant.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Il n'y a pas eu tellement de changement. Je ne m'étends pas sur cette question, car elle est recoupée par d'autres questions.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

C'est confus. Pour moi ces gens sont malades, mais pas comme les autres. Ils n'ont pas de symptômes objectifs, enfin biologiques. On ne peut pas déceler jusqu'à quel point ils blaguent. On

parle de l'inconscience des hystériques, mais pour moi, cela reste difficile à croire : ce n'est pas palpable.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Comment réagir devant une telle situation. Moi, de toute façon, je croyais que c'était de la " frime ". Je n'arrive pas à concevoir qu'ils ne jouent pas, c'est plus fort que moi, mais en fait, ça me rassure de dire que c'est de la " frime "... c'est angoissant de dire que ce n'est pas de la " frime ". Je ne sais pas dans quelle mesure exacte c'est de la frime, mais je préfère garder l'hypothèse qui ne m'angoisse pas. Je me demande comment tu faisais. C'est Denise G... qui m'a le plus frappée. Elle était sympathique, je me sentais attirée par elle. C'était peut-être une projection de ma part... elle avait notre âge. Denise faisait très doux, elle parlait beaucoup. Avec Michèle B..., pas du tout les mêmes problèmes. Quand Denise se mettait à prier, quand elle me demandait de voir la croix sur un mur qui n'avait pas de croix, je ne savais pas quoi faire... je me disais, il faut faire attention.

Une formation psychiatrique nous a manqué, mais ça nous donnait le droit de ne pas savoir faire. J'ai revu Denise récemment, elle discute normalement. Je pourrais boire un café avec elle, sans me douter qu'elle avait " déconné " avant (On intervient à ce moment, pour lui demander si ce paradoxe-là ne lui faisait pas évoquer l'idée d'une psychiatrie plus profonde, moins angoissante). Pour moi, Denise c'était une faible. Si comme tu le disais elle n'avait pas connu un type comme J... (son petit ami), elle n'aurait peut-être jamais déliré... (si J... était J..., c'était quand même le choix de Denise) !

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Les inconvénients, c'était la gêne, surtout la gêne que j'éprouvais devant les autres malades. Elle (Denise G...) allait prier au pied de leurs lits. Ça m'avait drôlement émue, tout en étant gênée... J'aimais pas. Les malades de cardio la considérait comme une fille foutue, qui n'est plus rien. Ils disaient : " c'est pas croyable, d'où ça peut venir ! Chez nous, elle avait perdu tout ses délires mystiques. A un moment, elle a été très ensommeillée (je lui ai dit qu'il était juste qu'elle ne révolutionne pas le service par ses activités délirantes). A la fin du mois d'août, elle allait mieux ; elle disait ce qu'elle faisait, allait au restaurant avec sa soeur et son beau-frère. Elle m'a toujours appelée Nicole. Je ne sais pas pourquoi. Elle ne voulait pas savoir mon véritable prénom. Elle me répondait qu'elle savait bien que c'était moi, que j'avais une cicatrice sur le front, qu'elle me reconnaissait très bien...

Les autres, pas de problèmes.

Quant aux avantages ! Avantages pour nous ? On voyait moins d'hémiplégies. Avantages pour Denise, elle n'était pas parmi les " fous ". Elle m'a demandé un jour dans quel hôpital elle était. Quand je lui ai dit qu'elle était en cardio, elle a eu l'air étonné. Au fond, ton " truc ", ça pose le problème des hôpitaux psychiatriques. Ils ne sont pas nécessaires, si ce n'est pour éponger les vieux déli-rants qui délirent depuis trop longtemps pour qu'on puisse logiquement les réinsérer dans la société. Pour Denise, les avantages sont si évidents !

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attirée par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Même avant, j'avais été attirée, mais c'était plutôt pour essayer de résoudre certaines choses à moi. Ce doit être difficile, car on doit trop projeter. Le psychiatre doit pouvoir faire le vide avant chaque cas. En définitive, j'ai rien fait pour m'y lancer, même en théorie, mais j'ai su les grandes définitions, névrose, psychose, notion de gravité, de contact avec la réalité.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Je ne sais pas. La coexistence dans le service a été bonne, en partie parce qu'on n'y connaissait rien (je lui fais remarquer que plus l'équipe a connu la psychiatrie, plus l'expérience avançait dans le temps et plus il y a eu de malades mentaux, jusqu'à 10 sur 52). La discussion a toujours été à tout moment possible et ouverte. Importance également, d'une présence effective.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Comme je ne considère pas les " psy " comme les autres malades, je ne peux pas répondre oui, mais la psychiatrie est sûrement de la médecine. Il est regrettable que nous n'ayons pas pu assister aux entretiens que vous aviez avec les malades.

9°/ Etiologie de la maladie mentale, d'après cette expérience vécue ?

Dans tare familiale, je mets l'hérédité, les conditions d'éducation des gosses.

La faiblesse = un manque de caractère... un laissez-aller, perdre cette notion de combat. Dans tous les cas, il doit y avoir une solution. Le fait de ne pas reconnaître qu'il doit y avoir une solution traduit surtout le rejet de la part de ceux qui défendent ainsi leur normalité. /

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

J'ai été assez contente de cette expérience. Je crois qu'à toutes, plus ou moins, ça nous a fait assez plaisir.

Mademoiselle Danièle MOULIN - Infirmière

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Jamais. Je n'ai pas voulu faire le stage d'un mois en psychiatrie. J'ai préféré l'orthophonie au cours de mes études au PUY.

Dans l'Hôpital Psychiatrique, on ne savait pas ce qui s'y passait. C'était un peu fermé, non seulement par les murs ; la psychiatrie était totalement séparée de l'Hôpital Général du PUY. Idées de la psychiatrie ?... Vagues, assez vagues... ceux qui étaient " fous " (enfermés), maniaques. Ceux qui étaient " bons à enfermer ", donc notions du commun des mortels. La psychiatrie, c'était l'enfermement.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Je n'ai pas assez de notions théoriques et je le regrette. Je ne peux pas comprendre et j'en ai envie car il y a beaucoup de malades qu'on a besoin de comprendre sur le plan psychiatrique. Les enfermer, c'est un aveu d'incompréhension. Le changement principal, c'est qu'au fond il est possible de comprendre ces malades.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Pour moi, c'est quand même un peu séparé, quoiqu'il y a bien des malades de chez nous qui ont bien le psychisme légèrement atteint, mais le problème de communication est différent. Au fond, c'est mon attitude vis-à-vis d'eux qui me fait séparer les malades psychiatriques et non psychiatriques, car en fait, ce sont bien sûr tous des malades.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

On retrouve encore les problèmes de communication, les problèmes propres à l'exercice de mon métier d'infirmière. On ne savait pas la thérapeutique psychiatrique, alors qu'on connaissait celle de cardio. Dans les malades psychiatriques, Mademoiselle B..., je me demandais pourquoi elle était là. Je ne l'ai jamais vue délirer. Monsieur G..., je n'ai jamais compris ce qu'il me racontait, je ne savais pas pourquoi il avait fait cette marche. Mademoiselle G..., j'en ai juste entendu parler ; elle était un peu comme Monsieur G... Beaucoup de problèmes sont restés sans réponse, même s'ils ne s'étaient jamais posés avant.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Les malades de cardio étaient souvent des anxieux et leur anxiété était plutôt majorée par les contacts avec les malades de psychiatrie (on lui dit qu'une de ses collègues a décrit le phénomène inverse !). A propos des avantages, j'en vois point, mais je

n'ai jamais connu de service de psychiatrie exclusive.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiologique, avez-vous été attirée par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Non en pratique, avant et après. En théorie, j'aimerais car des questions se sont posées pour moi et sont restées sans réponse. Mais c'est difficile de se documenter seule. Dans les revues d'infirmières, il n'y a pratiquement pas d'articles sur la psychiatrie. C'est difficile de trouver un bouquin facile. On ne sait pas à qui le demander... à vous, par exemple ? (On lui dit que s'il y a des précis d'ECG qui permettent l'abord d'un tracé, il n'y a pas de précis de psychiatrie qui permette l'abord d'un malade psychiatrique car tout schéma est vite dépassé dans la réalité d'une rencontre entre deux personnes).

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Il faudrait que l'on puisse assister à un entretien avec un malade et qu'on en discute après (On lui fait remarquer qu'elle revient à ses points d'interrogation concernant la psychiatrie, sans répondre exactement à la question). Dans la mesure où je faisais surtout des nuits, je vous voyais peu. Je n'avais pas la possibilité de poser des questions sur les problèmes que les malades psychiatriques me posaient. La coexistence n'a pas posé de problèmes particuliers. Ça n'a même pas été une surprise.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Maintenant oui, alors qu'avant c'était bien séparé.
 Il m'est apparu que la thérapeutique existe aussi en psychiatrie.
 Pour la petite G..., je ne pensais pas que ça aurait duré aussi
 longtemps. Je pensais qu'elle était presque guérie quand elle est
 sortie de chez nous (Cf. Observation n° 9).

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expé-
rience vécue ?

Difficile. La schizophrénie me paraissait plus héréditaire que les autres maladies psychiatriques. La dépression, ça se classe dans quoi ?... c'est ceux qui se laissent aller ! (affirme-t-elle quand on lui parle du symptôme dépression qui peut exister dans beaucoup de maladies mentales).

Importance des problèmes sexuels. Les parents n'avaient pas l'habitude de parler de ces problèmes. J'ai l'impression qu'un certain libéralisme pas trop poussé en matière de sexualité dans l'éducation actuelle est un facteur de bon équilibre psychiatrique.

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Cette expérience ne m'a pas paru surprenante. Ce n'est pas une expérience parce qu'à posteriori je n'en ai pas vu les risques inclus dans le mot " Expérience ".

Mademoiselle RUSSIER - Infirmière

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Pendant mes études d'infirmière, j'ai eu de vagues cours dont il ne me reste aucun souvenir. Je ne peux donc parler de formation théorique.

En pratique, j'ai travaillé un an à l'Hospice de la Charité et je me souviens très bien d'un vieux schizophrène qui restait assis toute la journée. On lui donnait à manger, c'était tout. Quand il s'agitait, on lui faisait de l'EQUANIL, c'était tout.

Comment ne pas garder une idée bien sombre de la psychiatrie ? A l'époque, à l'hôpital Bellevue, je savais pour les avoir entendu crier, qu'il y avait des fous derrière des barreaux, le 19, quoi ! C'était un pavillon à part des autres, un peu inquiétant, assez pour ne pas avoir du tout envie de voir ce qui s'y passait, alors qu'on passait souvent à côté. C'était le grand évitement !

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Il y a eu changement, ça c'est sûr. J'ai vu des malades plus jeunes et je me sentais donc plus près de leurs problèmes. Sur le plan thérapeutique, le changement a été non moins important. Avant, je pensais que le seul médicament " psy " était l'EQUANIL. Avec les perfusions d'ANAFRANIL, on a eu de bons résultats... ça marche bien,

ceci sans sous-estimer les conversations que vous aviez avec les malades. Elles étaient importantes pour eux car ce sont des gens qui ne parlent jamais de leurs problèmes, même s'ils parlent facilement de " la pluie et du beau temps ". Madame P... par exemple, abordait des problèmes banaux, parlait abondamment de ses symptômes, mais pas du tout de ses problèmes personnels.

Au début de l'expérience, j'avais encore l'idée qu'il fallait une grande expérience pour savoir comment réagir en face d'eux ; j'avais toujours peur de faire des gaffes (même quand j'avais l'impression que "ça marchait", je me disais que c'était de la chance). Les dramas, j'avais le pressentiment que même un petit mot pouvait les déclencher, j'avais toujours peur de choquer.

Finalement, on avait résolu le problème des relations en les abordant comme les autres malades. Les questions embarrassantes qu'ils pouvaient nous poser, on leur disait gentiment qu'ils feraient mieux de vous en parler directement. Pour les autres questions, quand ils avaient un peu le cafard par exemple, on ne leur demandait pas d'explication. On ne faisait d'ailleurs guère plus pour le cafard des cardiaques. Ce sont des sujets où, en médecine, on n'insiste guère.

Maintenant, on ne peut plus parler de peur et d'incubabilité. On ne dit plus : " il est comme ça, il le restera ". Le changement, c'est que je sais qu'on peut quelque chose pour eux si on a la technique et la patience. La bonne volonté ne suffit sûrement pas. Avant, je pensais qu'il y avait les " fous " et les pas " fous ". Maintenant, je pense qu'on peut être fou à certains moments et puis redevenir normal.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Pas tout à fait comme les autres, peut-être, mais ce sont sûrement des malades quand même ! D'ailleurs, cette question c'est un peu la quadrature du cercle. Combien de malades " normaux " souffrant de maladies organiques n'ont pas du tout de problèmes " psy " ?

L'abord des malades " psy " est plus difficile, plus déroutant pour les non-avertis, mais ce ne doit pas être une raison pour faire d'eux une catégorie à part. Personnellement, j'ai même l'impression que les " psy " ont davantage besoin que l'on s'occupe d'eux. D'ailleurs en pratique, quand on recevait un de vos malades, je me renseignais toujours le plus tôt possible à son sujet (je lisais plus vite l'observation que celle de cardio). Entre nous, on se posait des questions et il y avait là matière à discussions passionnées. Souvent, on n'était pas d'accord, mais c'était intéressant de connaître d'autres façons de voir.

L'histoire de Monsieur G... m'avait marquée : je me demandais vraiment pourquoi il avait fait cette marche tout seul dans la nuit depuis le Vaucluse jusqu'à Saint-Chamond et ceci en plein délire mystique. Mais, parmi les symptômes " psy " les dépressions me posaient le plus de problèmes. Madame P... par exemple était vraiment un mur. Que lui dire pour la faire sortir de son isolement ? Je crois que j'ai été marquée également par cette dame que vous n'avez pas connu mais à qui PELLET avait prescrit des perfusions d'ANAFRANIL. On croyait qu'elle était tirée d'affaire, elle allait bien, parlait de ses enfants et, en rentrant chez elle, elle s'est suicidée. La dépression, c'est pas aussi simple qu'on le dit communément !

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Personnellement, je pense d'abord et surtout aux problèmes relationnels. En moyenne, si la relation avec les malades

" psy " était bonne, elle restait superficielle, tandis qu'avec les autres malades, se créait plus rapidement une certaine amitié. Je me suis souvent posé le pourquoi de cette différence et au fond, mon sentiment est qu'ils devaient avoir peur qu'on les connaisse mieux. La parole peut être aussi dangereuse qu'un puissant médicament, aussi faut-il savoir la manier. Avant, je n'y croyais pas.

En fait, on préférait avoir des malades à nous, car les " vieux pépés " vasculaires que nous envoyait le Pavillon d'Urgence, nous frappaient, nous injuriaient, alors que jamais cela ne s'est produit avec les " psy ". De toute façon, on savait que vous n'étiez pas loin et quand on avait un problème avec eux, on vous le demandait en disant à la malade que c'était vous qui le régleriez, que ce n'était pas de notre ressort. Par exemple, quand Madame D... ne voulait plus accepter ses perfusions, on était dans l'expectative. Vous lui avez dit qu'elle était venue ici pour se soigner et que si elle ne voulait plus, elle pouvait rentrer chez elle, qu'il n'était pas dans nos intentions à tous ici, de la perfuser contre son gré et elle n'en a plus reparler par la suite.

Pour les autres problèmes en général, ils ne sont pas différents de ceux des autres malades, en particulier le problème de la crédibilité du discours du malade " psy " ne repose sans doute que sur le manque de confiance qu'on peut avoir nous-même envers la psychiatrie. Il ne se pose pas plus qu'avec les autres malades. Le problème de la prise de médicaments ne distingue pas plus les malades " psy " des autres malades. Si certains dépressifs ne prennent pas assez soin d'eux (ne se lavent plus, etc...), certains cardiaques en font bien autant. Je ne me suis pas occupée personnellement de Denise G..., mais celles qui l'ont soignée vous parleront sans doute des problèmes qu'elle leur a posés, car mes collègues se sont posées beaucoup de questions et ont beaucoup discuté à son sujet.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Moi, je vois surtout des avantages pour les deux catégories de malades. Dans les chambres à plusieurs lits, ils s'aidaient. Il était touchant de voir un déprimé aider un infarctus pendant le temps où celui-ci ne pouvait quitter le lit, tandis que le cardiaque lui remontait le moral. Par exemple, j'ai entendu souvent : " la perfusion (d'ANAFRANIL) est bientôt terminée, vous allez voir comme ça va vous faire du bien ". A l'inverse, dans un service de psychiatrie, il me semble qu'on ne fait que de la psychiatrie... enfin, de voir des fous, ça rend encore plus fou. Ainsi, à l'Hospice voisin, j'ai eu l'occasion de voir des gens qui n'étaient pas trop mal lors de leur hospitalisation et qui très vite prenaient des manies. Ensuite, ils étaient condamnés à vivre dans le cercle étroit de leurs habitudes et ne pouvaient plus jamais quitter l'hospice. Il faudrait parler là de la déformation apportée seulement indirectement par le contact des autres, tant il est directement influencé par les règles de l'institution. Déjà un individu " normal " n'est pas très rassuré en pénétrant dans un service d'hôpital psychiatrique, comment concevoir qu'un malade " psy " ne le soit pas encore bien davantage, eux qui ont le plus souvent d'énormes besoins de se rassurer.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiaque, avez-vous été attirée par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

Si la psychiatrie ne m'attire pas particulièrement en pratique, ce n'est plus par manque d'intérêt, mais parce que j'y vois trop de difficultés. Il doit falloir un bon équilibre pour y être efficace, sans impatience à l'être, en respectant les possibilités du patient. Et puis, les conditions dans lesquelles elle se fait peuvent

tout changer. Avoir quelques malades " psy " parmi d'autres, c'est facile, mais en avoir tout un service, ça me fait peur ! C'est peut-être par manque d'habitude et de formation, mais je pense qu'alors on ne peut pas moins faire qu'être débordée. Les problèmes doivent s'intriquer tellement qu'on ne peut plus y voir clair.

Enfin, il y a un problème de temps. La psychiatrie en demande beaucoup, beaucoup plus qu'une autre discipline. Il faut avoir la patience de ne pas avoir de résultat dans l'immédait, de faire un travail de " longue haleine ", comme on dit. Je ne crois pas que j'aurais cette aptitude. Cependant, l'expérience me tente encore, surtout si c'est vous qui la faites... tout le monde n'est pas comme vous. Je pense au Docteur X... qui nous faisait des cours à l'Ecole d'Infirmières ; il était complètement dans les nuages. Si le vieil adage "il faut être fou pour soigner les fous" n'est certainement pas vrai, beaucoup de psychiatres ont une espèce de déformation professionnelle : ils planent, posent plusieurs fois la même question sans jamais écouter vraiment la réponse qu'on leur donne. A mon avis, ce type de psychiatre a participé pour beaucoup dans la scission de la médecine et de la psychiatrie car il n'y avait alors plus de dialogue possible. Si l'expérience me tente encore, c'est en grande partie parce que ce dialogue a existé, même si souvent vous répondiez à nos questions par d'autres questions. C'était intéressant, ça faisait établir des relations entre des événements qui étaient loin d'en avoir à priori, mais qui, à la réflexion... D'ailleurs, notre façon de concevoir nos gestes quotidiens d'infirmière y avait trouvé une nouvelle dimension. En ce sens, notre travail a été, à mon avis, revalorisé.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

La bonne volonté commune me paraît capitale. Que les

relations entre " psychiatres " et " non psychiatres " soient ce qu'elles étaient, c'est-à-dire intenses.

Quand un malade de psychiatrie faisait des choses bizarres et qu'un malade de " cardio " nous demandait ce qu'il faisait, on ne disait pas : " il est fou, il ne faut pas faire attention " (surtout au début, alors qu'on le pensait encore), on disait qu'il traversait une mauvaise période, qu'il avait des ennuis, etc... En définitive, on ne traduisait là que la bizarrerie des mœurs actuelles qui veut " qu'aller voir un psychiatre soit un acte de fou ", mais qui par contre fait l'apologie des " gens qui se débattent seuls avec leurs problèmes ". A ce sujet, je me souviens d'un questionnaire que j'ai eu à remplir au cours de mes études et où on demandait si on avait déjà consulté un psychiatre. J'avais été assez choquée pour me dire en moi-même que jamais je n'irais en voir un.

Dans le service, il s'est avéré qu'un minimum d'intérêts communs est indispensable entre les soignants pour pouvoir servir d'amorce au dialogue. Vous étiez perméable à la cardio et nous à la psychiatrie. Il n'y avait pas de barrière. Le domaine des uns empiétait conjointement sur celui des autres et chacun y trouvait son compte.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Pour moi, oui. D'autres vous diraient non en arguant que vous manquez de résultats, que c'est à part...

A l'évidence, les effets de contact avec les malades sont tellement sujets à variation selon les individus et même pour un même individu, qu'il est difficile de parler de cela dans l'absolu. Les malades " psy " provoquent davantage de différence dans

les points de vue, dans les impressions laissées et ces différences permettent justement de se rendre compte de la valeur de la relation humaine dans les traitements de tout malade, quel qu'il soit. Avant l'expérience, c'était un problème que j'avais minimisé, maintenant, il m'arrive assez souvent de me demandeur quelle sensation m'a fait tel ou tel malade et comment ça a pu influencer le contact qu'il y a eu, que j'ai eu. C'est plus raisonné quoi !

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Je vois d'abord des facteurs familiaux, parfois héréditaires. Je pense que beaucoup de gens ont un équilibre fragile et que l'accumulation d'ennuis provoque le déséquilibre. En confrontant ce que j'ai lu, ce qu'on m'a dit et ce que j'ai vu, les premières années de la vie paraissent primordiales, mais c'est un domaine où il ne m'est pas possible de parler avec certitude. Ça m'apparaît plausible.

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

C'est la symbolique qui m'a surtout intéressée et d'ailleurs, je ne devais pas être la seule car on attendait toutes les mots que vous mettiez sur les observations.

C'est finalemeht une expérience très valable. On devrait continuer à la faire pour notre intérêt personnel et pour les malades. Tout le monde a à y gagner.

Madame TARQUINI - Infirmière

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?
- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Mon abord pratique, c'est le stage effectué dans le Service du Docteur X.... à l'Hôpital Bellevue de Saint-Etienne. La psychiatrie m'était alors apparue grave et même un peu effrayante.

Au fameux Pavillon 19, il y avait des cas étranges ; certains entendaient des voix, d'autres pensaient qu'on les persécutait. Ceux qui étaient enfermés, on ne les voyait pas le jour de la visite....! Une fois, j'ai assisté à une sorte de sérum de vérité. C'était une dame qui ne voulait pas parler et pendant la perfusion elle s'est mise à injurier les gens, les médecins en particulier.

Toutes les femmes y étaient amorphes, mal coiffées. Je sentais vraiment que la vie ne les intéressait plus. Il existait une ambiance de saleté, d'abandon. Avec ces barreaux, ces cellules, ce pavillon 19 fermé jour et nuit, ne ressemblait en rien aux autres pavillons de l'Hôpital. La comparaison avec l'autre pavillon du Docteur X.... le pavillon 8 qui était surtout réservé à la Neurologie (mais où il y avait quand même quelques grand-mères un peu fofolles, sans doute mises là par protection), faisait un sacré contraste ! La Neuropsychiatrie était pour moi tout à fait coupée en deux, même si le même nom de toubib était inscrit à l'entrée des deux pavillons.

Ainsi, j'ai assisté à un électrochoc. On ne m'avait pas dit les raisons pour lesquelles on le faisait. On m'avait simplement dit de venir voir. Je ne savais vraiment pas pourquoi on faisait ça. Qu'est-ce que c'est un électrochoc ? Pourquoi on en fait ? Je me disais bien que c'était une manière de soigner, mais au fond j'avais peine à le croire, même si je ne me donnais pas le droit de

critiquer.

D'ailleurs, il n'y avait pas que ça. L'injection du sérum de vérité me paraissait tout aussi abusive, bien que l'on ne m'ait jamais expliqué non plus ce que c'était.

Enfin, je gardais de la psychiatrie, une vision affreuse, une certaine condamnation à l'incurabilité, un enfer terrestre.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Le changement le plus important réside dans le fait que ces malades pourraient être compris, donc que la psychiatrie n'était pas aussi grave que je le croyais et qu'en définitive, c'était surtout le fait de personnes qui avaient des problèmes (problèmes qui nous touchaient d'autant plus qu'ils n'étaient pas aussi éloignés des préoccupations du commun des mortels, même si celles-ci étaient parfois amplifiées jusqu'à en perdre toute mesure).

Une restriction cependant, l'expérience de la Charité ne nous a jamais mis en contact avec des agités et pour eux, je garde la vision un peu terrifiante du Pavillon 19. (Je prends alors la parole pour faire remarquer que si effectivement le Service d'Urgence ne nous adressait pas directement des " agités ", quelques uns de nos patients avaient été agités avant d'arriver parmi nous et qu'en définitive, si cela ne s'était plus reproduit, il est probable que les conditions d'hospitalisation et l'ambiance générale de compréhension qui existaient dans le Service, devaient sûrement avoir compté pour beaucoup. L'agitation étant par ailleurs un terme abusivement réservé à la psychiatrie et sur lequel il y aurait beaucoup à dire. En pratique, nous citons l'exemple du jeune Michel G... amené par la Police (Police qui avait déclenché une réaction paranoïde intense chez lui, avec comme conséquences de nombreux coups et blessures envers l'entourage) et dont personne n'a eu à se plaindre sur ce plan là au cours de son hospitalisation dans le Service du Docteur VERNEYRE. Mais qu'est-ce donc

qu'un agité aujourd'hui pour vous ?). Au Pavillon 19, la majorité des malades étaient des agités ou des dangereux qui avaient vraiment un comportement anormal. Bien sûr, ça veut pas dire grand-chose, comportement anormal ! Enfin, c'est plutôt qu'avant l'expérience, ça voulait dire quelque chose de " clair et de net " et maintenant, c'est plus difficile à dire. Aujourd'hui, je me demande quand on passe le seuil du normal.

Un agité peut se recaser dans la société ; il n'est plus condamné à l'hôpital psychiatrique à vie et ceci est d'autant plus évident pour moi actuellement, que je me suis posée le problème de la façon de devenir agité, ce que je n'avais pas fait auparavant. Avant, je m'arrêtais au fait qu'on était malade mental ou pas. Après, je ne me posais plus de questions et en particulier pas celles concernant les causes. Le Pavillon 19 était un asile d'aliénés avec des gens qui n'en sortaient pas puisqu'ils étaient enfermés derrière de méchantes serrures et des murs aveugles. En cela, je ne faisais d'ailleurs que reprendre l'idéologie du " 19 " dont tout Stéphanois a plus ou moins été imprégné par les " on dit ".

Finalement, le malade mental s'est beaucoup rapproché du malade en général car ici ils étaient traités de la même façon. Même l'appréhension que j'avais de la psychiatrie a pratiquement disparue pour moi. Bien sûr, je pense toujours que je suis davantage capable de soigner les cardiaques, mais quand un malade arrivait dans le service, je n'avais plus d'apriorisme quand il s'agissait d'un " psy " ou d'un autre.

Quand je pense à mes études d'infirmière, je crois qu'elles n'avaient fait qu'accentuer le préjugé défavorable à la psychiatrie (je veux parler de celui de Monsieur tout le monde !). Aujourd'hui, je pense que faits dans d'autres conditions, les cours de psychiatrie auraient pu m'intéresser, mais sur le moment, ça avait été vraiment le contraire ; les professeurs n'étaient vraiment pas drôles et leur langage était resté totalement hermétique. J'ai

essayé d'oublier le peu que j'avais cru comprendre, en me disant que c'était trop compliqué et que ça ne me servirait jamais à rien.

La notion d'incurabilité a changé, mais les malades " psy " ont besoin d'être bien suivis, car j'ai l'impression qu'ils peuvent faire facilement des rechutes et que malgré leur guérison apparente, ils restent d'équilibre fragile. D'avoir supporté des symptômes psychiatriques doit marquer quelqu'un pour la vie !

Pour la petite G..., c'est elle qui m'a semblé la plus gravement atteinte par la maladie mentale ; c'est elle qui m'est vraiment apparue comme la plus anormale des malades qu'on a eu, la plus effrayante, la plus psychiatrique, mais comme la méfiance que j'avais au début envers la psychiatrie avait bien disparue, c'est sans doute avec elle que j'ai le plus cherché à entrer en contact et à ma grande surprise, cela ne m'a-pas posé de problèmes particuliers. Il faut remarquer que je l'écoutais surtout, que je ne prenais pas partie. Quand elle me posait des questions, j'essayais de la modérer, c'est tout. Elle était d'une telle sensibilité au bien et au mal qu'on pouvait lui faire !

Je pense que c'est dans ces circonstances là qu'on comprend le mieux la limite des comprimés et des pigûres. Quand je lui en faisais, je ne pouvais pas partir comme ça, tout de suite. Ça ne suffisait pas. De toute façon, avec les autres aussi, les entretiens étaient indispensables. Je pense même que c'était le moyen le plus important.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Oui, certainement. Aucune raison pour qu'ils ne le soient pas, même si la thérapeutique doit être différente. Cette réponse me paraît évidente.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Entrer en contact avec la Petite G..., mais paradoxalement, c'est sans doute avec elle que j'ai le plus échangé de sensations. Comme ça, sans avoir forcément à lui parler, j'étais avec elle, quoi ! Si j'ai pu passer cette difficulté qui m'était apparue pratiquement insurmontable de prime abord, c'est quand même bien parce qu'on pouvait compter sur vous pour prendre le temps de s'expliquer sur nos impressions, nos sentiments à son égard. Et puis, je crois que vous nous aviez parlé de l'importance des liens qu'elle pouvait avoir avec nous dans le service, sans pour cela que ce soit une obligation pour nous de les établir. Au fond, c'était relativement simple, car pour le compliqué on lui disait de s'en remettre à vous, qu'on vous en parlerait. D'ailleurs il y a eu une nette différence quand PELLET vous a eu comme Interne, car avant cette période là, notre Patron faisait rentrer des malades dans le service sans avoir trop le temps de s'en occuper et de nous en parler. Finalement, le résultat le plus net était que personne n'osait bien y toucher ; moi-même, je ne les connaissais pas beaucoup, pour ne pas dire pas du tout. On disait : " c'est un malade de PELLET " et on passait devant lui sans rien dire.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le Service, à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Certainement beaucoup d'avantages pour les malades " psy " puisqu'ils étaient traités comme tous les malades. Notre comportement d'infirmière était le même avec eux qu'avec les autres malades, mais on faisait peut-être plus de " psychiatrie " avec les malades de cardio qu'avec les vôtres ; on vous laissait ce rôle. C'est alors que j'ai ressenti vraiment le plus ma méconnaissance de la psychiatrie. On aurait du avoir quelques cours pour comprendre davantage les malades. Ça m'a réellement manqué ! Avec les malades de cardio, on avait des prélèvements, des examens de laboratoire et

on suivait l'évolution avec les ECG, tandis qu'avec vos malades, ce qui était embêtant, c'est qu'on avait rien à faire pour eux, ou presque rien en comparaison.

En ce qui concerne les malades entre eux, il n'y a pas eu de problème à proprement parler. Les gens n'étaient au fond pas tellement différents. Parfois, on avait à expliquer aux autres malades le comportement de la petite G..., mais ça ne se passait pas mal, les gens comprenaient dans la mesure où on acceptait, nous. Par exemple, Madame G... c'est très bien entendu avec sa voisine. Pourtant, entre une hyperthyroïdienne et une mélancolique, ce n'était pas évident. Finalement, la mixité venait minimiser la gravité des maladies psychiatriques, car j'avais vu des cas à peu près semblables à celui de Madame G... au Pavillon 19 pendant mes stages. Alors que là-bas je les considérais comme incurables, ici je n'ai pas perçu le cas de Madame G... comme très grave.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiaque, avez-vous été attirée par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

En théorie oui, car la psychiatrie est très intéressante, mais je la connais très mal. Avant j'y étais plutôt fermée ; maintenant je m'y suis ouverte, mais seulement dans la mesure où je peux l'aborder (ce qui est conditionné en grande partie par le fait que le sujet a été déjà abordé en pratique au cours de cette expérience).

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psychiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Si vous aviez été comme le Docteur X... ou le Docteur Y..., on vous aurait vu d'un autre oeil. Dans notre expérience, il y a eu plus qu'une simple entente ; il y a eu une certaine coopération,

un travail commun, la cardiologie et la psychiatrie ne s'excluaient pas l'une l'autre. Les prises en charge communes étaient assez fréquentes et même en dehors d'elles, les malades étaient les malades du service. Je ne pense pas que ces principes d'échange et de travail d'équipe soient dissociables des personnes qui les entreprennent.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Le médecin généraliste n'est pas un spécialiste, mais le psychiatre qui en est un ne doit pas moins savoir rester médecin.

La médecine générale n'a pas le temps ni la formation nécessaire pour supporter des traitements psychothérapeutiques, pourtant il serait sans doute intéressant pour les généralistes de posséder davantage la voie d'abord psychiatrique. Leurs patients y trouveraient sans doute une meilleure compréhension dans bien des cas !

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

Je ne crois pas que je puisse répondre raisonnablement à cette question. Intuitivement, il me semble qu'il y a une question d'hérédité qui créerait un terrain propice au développement des maladies mentales.

D'après le passé des malades du service, la situation éducative des premières années de la vie joue certainement un grand rôle, mais c'est là qu'il est particulièrement délicat d'y voir clair pour moi.

10°/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Le fait de continuer l'expérience serait plutôt valorisant, car la cardiologie est de plus en plus axée sur les examens de laboratoire et la psychiatrie y crée pour moi un équilibre.

Madame VEAUCHE - Infirmière

1°/ Aviez-vous eu un abord pratique de la psychiatrie avant l'expérience actuelle ?

- si oui, lequel ?

- si non, quelle idée vous faisiez-vous des malades psychiatriques et de la psychiatrie ?

Jamais d'abord pratique.

Sur le plan théorique, le Docteur X... qui nous avait fait des cours à l'Ecole d'Infirmières était resté très technique. Il n'y avait pas eu " d'accrochage " comme cela c'est produit avec les malades du service, ici. Enfin, il m'en était resté une idée générale. En psychiatrie, on cherche toujours des grandes théories en passant parfois à côté de ce qui est simple.

Quant à l'idée sur les malades psychiatriques ? D'emblée un handicap avec la façon de les aborder. Je ne savais pas bien comment m'y prendre. Le " ça va mieux " adressé à l'arrivée des malades de cardiologie me semblait tout à fait déplacé avec eux. En fait, les contacts ultérieurs restaient pour moi assez problématiques. Par exemple, lorsqu'on demandait à Madame R... comment elle allait, elle se mettait à débiter tout ses problèmes et on en avait tout de suite marre, si bien qu'on ne lui posait plus la question. Je crois que tout le service était au courant des problèmes qu'elle avait avec son mari.

Cependant, je ne peux pas affirmer qu'il en était toujours de même. Avec Madame D... je n'avais pas de problème de ce genre, si bien qu'on ne peut jamais prévoir quelle attitude on doit adopter. Faut-il être ferme, en particulier à l'arrivée des malades ? Pour prendre un exemple dont on a parlé dans le service : lorsque Madame D... a voulu changer de chambre la première fois, c'était

logique puisqu'elle était avec deux " mémés " et on a accédé facilement à sa demande, mais quand elle a recommencé à nous parler de changer de chambre, on vous a fait venir. Vous avez été dur, mais juste avec elle en la prenant au mot en ce qui concerne le fait qu'elle était bien là où elle avait demandé à être et que si là n'était pas l'objet de la demande, il lui restait à la préciser mieux. C'était une explication qui m'avait plu ! Ça a du lui plaire à elle aussi, car elle n'a plus jamais reparlé de changer de chambre. En fait, c'était une explication qui n'en était pas une car vous l'aviez remise devant sa question en lui disant que si elle avait envie de changer ce n'était pas forcément de chambre et que dans cette nouvelle éventualité, vous acceptiez volontiers d'en discuter avec elle. Je me souviens de cet épisode car on l'avait abordé à postériori avec vous et avec les collègues. Ma première réaction pouvait se traduire en ces termes : " Encore des explications de psychiatre " ! et puis finalement, l'intérêt s'est fait jour, même si on était un peu déçus que ce ne soit qu'une technique. Ça nous a fait prendre conscience aussi combien est importante l'entente des infirmières avec le médecin en ce qui concerne les malades " psy ". A la rigueur, pour les cardiaques et assimilés, on pouvait en rester aux piqûres et aux comprimés, mais pour les " psy ", le contact humain est obligatoire, aussi important que la chimiothérapie, si ce n'est plus. Cette notion est nouvelle pour moi. Avant cette expérience, je ne me doutais même pas de sa possibilité.

Le temps passé auprès de chaque malade, à but technique égal (par exemple pour une perfusion), n'était pas forcément le même pour que le traitement se fasse dans de bonnes conditions. Certains malades s'accommodaient fort bien de cinq petites minutes, alors que pour d'autres, Monsieur R... en particulier, une demi-heure n'était pas de trop. Notre pratique était devenue plus complexe, mais également plus intéressante. Comme on dit : " ça m'a permis de réfléchir ", de rompre avec un esprit routinier qui finit par s'installer dans tout service, même sans hyperspécialisation, de faire cas des

gens en tant qu'individualité, en tant que personne.

2°/ Quel a été le changement, si changement il y a eu, dans votre façon de voir la psychiatrie ?

Pour la psychiatrie en général, j'ai l'impression que c'est encore un " grand mot " pour moi, presque un mythe et je ne sais pas ce qui a changé. Mais pour moi, face aux malades " psy ", beaucoup de changement. J'ai été obligée de remettre en question des " choses normales " de la vie de tous les jours qu'on a tendance à inclure dans un fonctionnement standard. Chaque malade " psy " est beaucoup moins cloisonné, isolé dans un diagnostic, car on est obligé de le considérer dans son ensemble étant donné les changements souvent rapides de timbre de voix, de mimique.

Il me semble que l'équilibre du milieu ambiant compte pour beaucoup dans l'équilibre personnel. Le plus souvent, j'ai remarqué que c'était des personnes qui ne se confiaient pas ou qui n'avaient personne à qui se confier, un peu comme si elles n'avaient pas de parents. Par exemple, je me souviens très bien que Mademoiselle B... ne voulait absolument pas entendre parler de sa mère ! pourtant, une mère et une fille, ça marche toujours. L'expérience m'a prouvé que la route de l'enfer est pavée de bonnes intentions et que le bien que l'on croit faire aux autres doit être assez souvent remis en question pour ne pas faire à leur place ce qu'ils peuvent faire seuls par exemple.

3°/ Peut-on considérer les malades psychiatriques comme des malades comme les autres, pourquoi ?

Sûrement pas. L'abord est trop délicat, le traitement ne repose plus sur des comprimés et des piqûres. Le malade " psy "

attend autre chose qu'une infirmière technicienne. L'infirmière doit vraiment connaître ses malades, l'origine de leur maladie, lire l'observation. A ce sujet, les observations de psychiatrie, tout le monde les lisait. Je les trouvais complètes, bien faites. C'était une aide précieuse pour nous, pour notre compréhension, pour nos rapports avec les personnes qui y prenaient une autre dimension.

Les malades " psy " étaient beaucoup plus attachés à leur médecin que ceux de " cardio ". Ces derniers se passaient facilement de leur médecin pendant plusieurs jours, on ne pouvait pas en dire autant des vôtres. En fait, tout cela ne veut pas dire que les malades de " cardio " ne bénéficient pas de relations humaines, mais c'est là que la distinction malades " psy " et " non psy " devient un peu ambiguë. Schématiquement, on peut quand même dire que si on peut s'en passer dans un cas, dans l'autre cas, avec le même procédé, on court à la catastrophe. On est obligé, quoi !

En définitive l'expérience a permis un abord plus complet des malades qui ne pouvait plus se limiter à un organe.

4°/ Quels problèmes se sont particulièrement posés avec eux, pour vous personnellement ?

Je pense d'abord à Monsieur R... Il voulait partir, il voulait rester (Monsieur R... avait un caractère obsessionnel qui aurait vu sa tendance au doute s'amplifier au cours d'une dépression réactionnelle à sa vie professionnelle). On a mis une soirée à comprendre qu'il fallait être autoritaire avec lui. Dans ce genre d'hésitation perpétuelle, je me suis rendue compte qu'il fallait mieux être ferme. Si on avait le malheur d'hésiter, il le sentait et c'était pour lui une catastrophe (je plaisante en lui suggérant qu'elle fait là du transfert et du contre-transfert, comme Monsieur JOURDAIN de la prose sans le savoir).

Je me suis rendue compte des différentes interprétations que pouvait donner notre interlocuteur à partir de la même phrase, selon qu'on la sent comme si ou comme ça. La parole est souvent plus riche de signification qu'on peut le croire et en tout cas, on ne peut la réduire au sens des mots qu'elle utilise. Ceci est bien à l'actif de mes contacts avec les malades " psy " car ce dont on peut douter en général, est alors vraiment à l'évidence. Dans l'ensemble, les malades " psy " sont plus infantiles. Avec les hystériques, par exemple, plus on leur en donne, plus il leur en faut et c'est un peu de principe de mon gosse qui a 5 ans $\frac{1}{2}$.

5°/ Quels sont les avantages et les anomalies du système que vous avez connu dans le service à propos de la mixité des malades de " cardio " et de " psychiatrie " ?

Pour les malades " psy " c'est très bien, car ils se dépolarisent de leur problème avec les problèmes des autres malades. Même si cette dépolarisation ne se fait pas toujours, sa possibilité existe, elle, toujours. Les gens " psy " ensemble, ça ne fait rien de bon. Quand PELLET a repris le service du rez-de-chaussée après votre départ, c'était affligeant et cette constatation nous a renforcée dans l'idée de la mixité, alors qu'il est bien évident que ce n'était qu'un petit service de psychiatrie et non un hôpital entièrement réservé à des centaines de " psy "... Qu'est-ce que ça doit être !

Quant aux inconvénients, un problème important est celui du manque de temps à consacrer aux malades " psy ". Pour les malades entre eux, il n'y a pas eu de problème. Ils s'entr'aidaient drôlement entre eux. Par exemple, les deux malades de cardio qui étaient dans la même chambre que Monsieur R... le stimulaient beaucoup pour manger et même pour prendre des décisions en général. Il y avait un phénomène " entraînement réciproque " que nous avons souvent constaté.

6°/ Avant ou après cette expérience de psychiatrie en milieu cardiaque, avez-vous été attirée par la psychiatrie, en théorie ou en pratique ?

En théorie, pas tellement car c'est drôlement com-
pliqué et c'est là un aspect qui rebute un peu, bien que par ail-
leurs je reconnaisse son côté très intéressant.

En pratique, cette expérience m'a permis un abord nou-
veau des malades en général. Il n'y a pas d'abord standard pour tous.
C'est chaque fois un problème un peu différent en fonction des diffé-
rences des gens et sans doute en fonction aussi de notre propre état
d'esprit. Le savoir, c'est plutôt valorisant, car si j'aime soigner
les gens, je préfère mon nouveau rôle de soignante à l'ancien. Poser
une perfusion d'ANAFRANIL ou d'ISUPREL prend une signification assez
différente, alors que du point de vue de l'infirmière technicienne
c'est le même geste. Et puis, en fin de compte, on finit par se deman-
der pourquoi quelqu'un fait une tentative de suicide et pourquoi
quelqu'un d'autre va faire un infarctus. Le problème de l'appréhension
de la maladie en général en vient à se poser pour ceux qui ont à soi-
gner. A mon avis, les malades " psy " paraissent avoir beaucoup plus
de difficultés à se confier que ceux de cardio. Paradoxalement, les
cardiaques nous parlaient beaucoup plus facilement de leurs conflits
psychologiques.

7°/ Quels sont les facteurs d'une bonne coexistence psy-
chiatrique et non psychiatrique dans un service de médecine ?

Monsieur PELLET a des idées particulières en psychia-
trie. Il ne tient pas à isoler ses malades en psychiatrie. Pour moi,
la coexistence est avant tout un problème de personne. Au début de
l'expérience, on ne devait pas prendre plus de quatre malades " psy "
et finalement, nous avons été jusqu'à une douzaine, sans problème.

C'est peut-être la meilleure preuve de coexistence, même si elle n'est qu'à postériori.

8°/ La psychiatrie est-elle pour vous incluse dans la médecine générale, pourquoi ?

Non, je ne le pense pas. C'est trop particulier et ça sous-entend donc une formation trop particulière, même si on comprenait finalement assez bien les observations.

9°/ Etiologie de la maladie mentale d'après cette expérience vécue ?

- Oisiveté en premier
- Vie moderne
- Parents qui ne comprennent pas leurs enfants et qui sont mal compris par eux (le petit F... enfant, par exemple, était visiblement à 17 ans resté un bébé vis-à-vis de ses parents et plus précisément de sa mère. Ça laissait une impression bizarre).

VI - R E F L E X I O N S

La critique du fonctionnement de la psychiatrie dans notre expérience peut se faire :

A - AU NIVEAU DES PARTISANS DE L'AMENAGEMENT DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Certains penseront sûrement qu'il s'agit d'une récupération de la psychiatrie par la médecine et verront dans l'expérience que nous avons relatée, une atteinte à l'intégrité de leur pouvoir, de leur domaine, une raison de ranimer la vieille querelle des filières " concurrentes " C.H.U. et H.P.

Qu'ils sachent par avance que ces modalités de travail ont été improvisées à partir d'accords de personnes (personnes non assimilables à des représentants de classe ou d'idéologie) sur les bases problématiques de la création d'un secteur de plus de 200 000 habitants, avec en tout et pour tout un Psychiatre Chef de Secteur, deux infirmières, une secrétaire, un stagiaire interné qui n'avait jamais pratiqué la psychiatrie. Je ne crois donc pas que l'on puisse parler de préméditation. Ce n'est d'ailleurs qu'à postériori, que cette Praxis a motivé l'écriture de cette thèse et il est laissé aux lecteurs le soin d'en tirer des conclusions sur les législations institutionnelles qui régissent les psychiatres et leurs malades.

Si à un niveau idéal, il apparaît de plus en plus que l'Hôpital Psychiatrique est une structure dépassée qui entrave la liberté des soignants et des soignés, il reste bien réel qu'il existe avec des gens à l'intérieur, sans que soit prévu son remplacement au moins à moyen terme. Une solution à ce sujet pourrait ironiser sur les portes de l'asile qu'on a d'abord fermées de l'intérieur, qu'on a ensuite tenté d'ouvrir sur l'extérieur et qu'on pourrait enfin fermer pour l'extérieur, c'est-à-dire faire en sorte que les nouveaux venus de la psychose ou de la névrose puissent connaître autre chose. Ce n'est que dans les " autres choses possibles " que s'inscrit l'expérience du C.H.U. de Saint-Etienne, qui doit bien sûr être davantage une réflexion sur la folie et par extension sur l'aspect existentiel de la maladie en général, pour tous ceux qui ont à coeur de la soigner sans pour autant qu'elle devienne leur objet, sans pour autant non plus qu'elle se dénature dans un cadre antithérapeutique. EVRARD dans sa thèse intitulée " La Psychiatrie Instituée " rend compte de cet aspect : " La fonction antithérapeutique de l'Hôpital Psychiatrique (le fait par exemple que les médecins et les infirmières poursuivent d'autres buts que de soigner les malades) est constitutive de sa singularité et contredit par là sa fonction officielle idéale et positive. Elle rend compte des contradictions de cette dernière, plus que des insuffisances d'un fonctionnement idéal ".

Le poids de la tradition d'exclusion sociale des " fous " et des projections archaïques des " sains d'esprit " n'est-il pas trop lourd à porter par un Hôpital Psychiatrique, même modernisé, même animé par des psychiatres qui se refusent à être surtout des gardiens?

L'impression subjective d'être malade appelle le plus souvent chez l'individu qui la vit, l'éventualité de motivations thérapeutiques, or, la psychiatrie " relationnelle " et le " processus psychothérapique " rompt avec les patterns classiques de guérison schématisés par la succession rituelle : visite médicale,

diagnostic et traitement axés sur le symptôme. L'hospitalisation en milieu uniquement psychiatrique, comme la prise en charge psychothérapique à partir d'un Service de Médecine, demandent au malade un effort d'adaptation à de nouvelles normes, non encore inscrites dans la culture. La différence dans cet effort est importante :

. Dans le premier cas, la rupture avec la tradition si elle est ressentie comme trop violente chez un individu fragile, peut favoriser des processus défensifs, pour ne pas dire régressifs, qui demanderont eux-mêmes une mobilisation d'énergie et du temps, à la fois de la part du sujet et de la part du ou des thérapeutes.

. Dans le second cas, le passage du modèle médical traditionnel dans lequel le malade est accueilli au modèle relationnel, se fait de façon relativement progressive, en ménageant sa susceptibilité au changement. L'expérience prouve que les " entretiens " sont assez rapidement investis chez des personnes qui rejetaient souvent la psychiatrie, pour ne pas parler de la majorité qui l'occultait en tant que phénomène thérapeutique.

L'interview de Soeur Bernadette me paraît assez remarquable en ce sens, lorsqu'elle rapporte les comportements des malades du nouveau Service de Cardiologie créé à l'intérieur de l'Hôpital Psychiatrique Départemental de Saint-Jean Bonnefonds. A la phase d'entrée caractérisée par la prédominance de sentiments d'insécurité dans ce " lieu de folie ", fait suite une adaptation sur un mode en définitive assez compréhensif, sans refus identificatoire, qui tranche avec les projections habituelles des visiteurs et des familles.

Si tant est que l'homme présente un potentiel d'adaptabilité à une situation extérieure ou à des problèmes plus intérieurs (ce que je crois, au vu de la clinique psychiatrique extra-asilaire et non forcément en regard d'un " savoir " psychiatrique), encore faut-il ne pas créer de blocage à sa mise en jeu individuelle dont la première étape est peut-être bien la confiance en la méthode thérapeutique proposée, même si à la limite elle n'est qu'un substitut à

des phénomènes qui la dépassent. L'exploitation rationnelle de cette limite paraît avoir été écrite par FRANK dans son livre " Persuasion and Healing " (Baltimore, 1961) : "L'orientation théorique du psychothérapeute est secondaire, peut-être même sans importance". Même s'il est difficile d'aller bien loin dans cette logique puisque en pratique un thérapeute, quel qu'il soit, fonctionne toujours avec une, ou mieux, des orientations, elle a le mérite de reposer les problèmes psychothérapiques et par extension relationnels au sens large, en-dehors des limites d'une technique dont on sait, et cela s'applique même à une technique très détechnicisée comme la psychanalyse, qu'elle trouvera toujours quelques " obsessionnels " pour en faire un rituel, quelques " paranoïaques " pour en faire la loi ou quelques " hystériques " pour en faire un " chateau en Espagne ". Pour reprendre le mot de J. COTTRAUX (Séminaire LYON, 1976) : "Rester trop près d'un modèle théorique, c'est perdre beaucoup de sa spontanéité". En cela, le médecin psychiatre, Chef de Secteur d'Hôpital Psychiatrique, a sans doute du mal à exister, étant tour à tour, comme le souligne BONAPE dans un article de " l'Evolution Psychiatrique " de 1948 :

- . Le représentant de la Société auprès du malade,
- . Le représentant des malades auprès de la Société,
- . Le médecin,
- . La maîtresse de maison et le Père du Service,
- . Le contremaître du Service
- . Le chercheur scientifique.

En cela, par contre, ma position d'interne extérieur au Service d'Hospitalisation dans notre expérience, a facilité, en limitant la distribution des rôles, les contacts relationnels extra-scénario. Ce caractère bien étudié par Paul CHAFFANGE dans sa Thèse intitulée : "La spontanéité dans les contacts humains en milieu psychiatrique" (Lyon, 1959), n'est d'ailleurs pas sans problématique sous-jacente, puisque à la base de toute démarche thérapeutique. Ainsi qu'il le précise: "si Prendre contact est en effet la première démarche du psychiatre, ce contact pour être vrai ne peut être que l'affrontement

de deux personnalités... Il ne serait en effet pas thérapeutique s'il n'avait pour objet que de découvrir, à travers des sentiments spontanés, une situation sur laquelle on ne peut agir ".

Est-ce un hasard si l'auteur de ces lignes, après plusieurs années d'Internat à l'Hôpital Départemental du Vinatier (Rhône), s'est délibérément éloigné de l'ancien asile et de ses problèmes thérapeutiques, en faisant à posteriori de sa démarche psychiatrique, le choix de la Médecine Générale à la campagne ? Ne peut-on reposer alors le problème du lieu de la rencontre psychiatre-patient qui vient à son tour la modifier, quand ce n'est pas la rendre illusoire ? N'est-ce pas la découverte de ce " secret " qui a cautionné le changement d'orientation de Paul CHAFFANGE ?

Rétrospectivement, à la veille de sa retraite, le Docteur BALVET, en prenant de la distance par rapport à sa pratique de Chef de Service dans le même Hôpital Psychiatrique, nous confia un jour (Séminaire 1976) : " Les psychiatres d'H.P. ont un métier imbuvable, insoutenable... Je l'ai pensé plus que je ne l'ai dit ! Ils ont de longue date cherché à réduire les dangers des rapports humains à l'état pur qui font leur métier ".

Ces tentatives de réduction, de protection, de sécurisation n'existaient pas à " l'âge d'or " de la psychiatrie classique (KREAPELIN) où la folie était limitée aussi bien dans le temps avec le concept d'incurabilité que dans l'espace avec les murs de l'asile dans lesquels ses " ressortissants étaient protégés ". Ces tentatives peuvent être schématisées au niveau de huit attitudes des psychiatres :

1 - Rejet, abandon pur et simple.

2 - Fuite dans le modèle médical à la recherche d'un savoir sur lequel le médecin se fait détenteur de la Vérité (l'ancienne démarche neuro-psychiatrique nous paraît assez ambivalente à ce sujet).

3 - Entrer en psychanalyse, non pour accéder à un changement personnel en se remettant fondamentalement en question, comme le voudraient les disciples de FREUD, mais dans un but assez proche du modèle médical, dans la quête d'un avoir sur lequel se reposer en toute circonstance.

4 - Se mettre des " mots savants " dans la bouche qui mettent à distance la personne malade et investissent par là le pôle " magique-scientifique " de la médecine, le plus souvent sans le savoir.

Pour illustrer cette emphase qui existe à l'état isolé dans les mécanismes de défense favorisés des étudiants en médecine, voire des jeunes médecins, Paul ALBOU, Professeur de Psychologie Sociale à l'Université René DESCARTES - Paris V, dans un article récent publié dans " Le Monde " (18 Février 1976) et intitulé " Psychologie et Terrorisme Hospitalier ", cite les propos d'un étudiant en les commentant : " Je ne sais pas moi, Monsieur, ce que c'est qu'un rhume de cerveau " m'a dit un externe laissant entendre qu'il s'agissait d'une "Rhinite allergique " et que lui seul était capable d'utiliser correctement ce " bon " code. Que répondre, sinon en citant Molière, à ce jeune imbécile qui se refuse ainsi, pour affirmer sa supériorité, à comprendre en le décodant le message qu'on lui adresse et qui impose au patient d'utiliser un jargon qu'il n'a aucune raison de connaître.

S'intéresser au malade supposerait qu'on s'implique dans la relation, or, cela pourrait aboutir à se découvrir soit-même par le moyen de l'autre et, se reconnaissant dans sa vérité, à renoncer peut-être à cette image valorisée de soi que nous procurent nos mécanismes de défense.

5 - Se mettre des médailles à la veste ou des décorations à la boutonnière dans une recherche " à tout prix " d'un standing social ou universitaire qui peut permettre de " remiser " le système devenu désuet des mots savants et retrouver par là une

certaine spontanéité en l'occultant alors qu'elle n'est qu'un jeu établi à l'avance avec un client qui n'est plus " n'importe qui " et où les deux interlocuteurs manient la " grandiosité " au sens où l'entend E. BERNE en analyse transactionnelle, (PAYOT 1971).

6 - Systématiser la psychiatrie dans une doctrine qui peut faire réponse préalable à toutes les questions, à toutes les angoisses. Ce peut être un stade évolutif des positions précédentes, y compris du rejet. Mais seule la politique peut donner sa pleine dimension totalitaire à une doctrine psychiatrique, en l'incluant dans un système plus vaste qui englobe son aspect social et familial.

7 - L'engagement politique idéologique donc, où la psychiatrie n'existe souvent qu'en tant que maladie inhérente à un autre système de société " d'où venait tout le mal " (LA FONTAINE : " Les Animaux Malades de la Peste ") et qu'il suffit de changer pour ne plus avoir de problèmes psychiatriques.

Gérard BLES développe ce thème dans un article de la revue " Psychiatries " (n° 23, Sept-Oct. 75) intitulé : " L'Inconfortable Evénement ". A partir de l'internement d'un mathématicien soviétique, Leonid PLIOUTCH dans un hôpital psychiatrique spécial, pour schizophrénie, il en vient à ironiser sous forme de syllogisme partisan, la réduction totale de la question de la folie en URSS : " Banalement, quand on est normalement constitué, il faut être fou pour contester un système et une organisation qui sont les meilleurs possibles ".

L'endoctrinement intensif chinois semble d'ailleurs aboutir à une certaine santé mentale, ainsi que le relate Madeleine SANTSCHI dans un article du " Monde " (Février 1976), intitulé : " En Chine : Idéologie, Thérapeutique de Groupe et Acupuncture " où elle cite un exemple :

" Une malade avait des hallucinations auditives quand on mettait la radio. Elle entendait alors, outre la musique,

quelqu'un parler. On l'invita à discuter. D'autres patients lui expliquèrent cette hallucination. On lui fit étudier " d'où viennent les idées justes " du Président MAO, pour lui prouver que les mots qu'elle entendait ne provenaient pas d'un monde objectif. Elle accepta et guérit ".

Ces deux exemples trouvent d'ailleurs leurs homologues dans les applications de l'idéologie bourgeoise et capitaliste :

. Il n'y a pas si longtemps, en France, un fils de bonne famille, qui tentait de prendre ses distances avec sa culture, en particulier en reniant la valeur de l'argent, avait tôt fait de se retrouver interné et reconnu aliéné par un neuro-psychiatre.

. Aujourd'hui, la psychiatrie est engagée dans des circonstances souvent analogues, avec des problèmes de toxicomanie, qui viennent heurter la légalité (Loi de 1970 dont les Internes en Psychiatrie demandent l'abrogation) et déformer les anciens cadres nosographiques, jusqu'à se placer en-dehors des conceptions psychanalytiques. Ainsi, OLIVENSTEIN dans la préface du livre de LAPLANTINE intitulé : " Introduction à l'Ethnopsychiatrie " (Collection Psychothèque 1975), écrit : " Le Toxicomane recule les limites de la jouissance. Il pressent, lui, qu'à la limite il y a possibilité de non-mère et d'immortalité. Il sollicite la monstruosité vivante : être dans le ventre de sa mère, lui faire un enfant qui serait soi-même, qui ne naîtrait pas et qui serait immortel ". L'ordre analytique, fondé sur l'interdiction nécessaire (nécessaire à la survie individuelle et nécessaire à la survie du groupe), peut alors faire figure de réactionnaire.

8 - L'engagement religieux sectaire. La formule de BLES : " Il faut être fou pour contester un système et une organisation qui sont les meilleurs possibles ", semble pouvoir être considérée alors comme une adaptation ayant comme original la doctrine Judéo-Chrétienne

Ainsi, Saint-Vincent de Paul a pu écrire : " La source des dérèglements que nous voyons régner aujourd'hui ne vient que du degré de défaut d'instruction et de docilité pour les choses spirituelles, aimant beaucoup mieux suivre leurs mauvaises inclinations que les saintes inspirations de Dieu et les charitables avis de leurs parents ".

La succession paraît avoir été assez régulièrement assurée depuis, puisque la mort encamisolée d'une fillette de 13 ans à l'Espelidou " Etablissement Hospitalier pour filles parisiennes inadaptables, sous le patronage de l'Ordre Militaire et Hospitalier de Saint-Lazare de Jérusalem pour l'Epanouissement des Humors (Humains non Raisonnants !) " le 15 Février 1976, n'a pas remis en question les méthodes du Père FABRE, le Maître après Dieu de l'Etablissement qui déclare dans " Le Monde " en mars 1976 : " Je suis chargé de leur donner la notion de résurrection ... ".

Bien sûr ce n'est qu'une caricature de psychiatrie, mais de psychiatrie en exercice et c'est bien là toute la question. Dans son livre : " La Névrose Chrétienne " (1976), le Docteur Pierre SOLIGNAC se trouve à même de répondre au Père FABRE :

" Pourquoi faut-il que l'Eglise ait renversé le sens du Message de Jésus basé sur l'amour en basant le sien sur la peur " et plus loin :

" Les Médecins et les Prêtres ont le même manque de formation psychologique. Les premiers règlent les problèmes à coups d'ordonnances, les seconds à coups d'absolutions ".

Quand le psychiatre réussit à éviter ces pièges et à affronter les peurs de sa pratique (celles des autres n'étant pas éminemment distinguables des siennes propres), il lui reste à trouver un lieu pour exercer. Un Service de Médecine peut effectivement exister comme un de ces lieux.

B - AU NIVEAU ANTIPSYCHIATRIQUE

Les motivations des antipsychiatres à considérer la folie comme " révolutionnaire ", semblent se référer à un idéal perfectionniste de la santé mentale et, au-delà, du bonheur.

En reprenant l'image classique de FREUD où le psychisme est symbolisé par un cristal et où la faille du dit cristal permet par avance de prédire où se situera la cassure (c'est-à-dire sur quel conflit ancien la personne malade va venir buter), l'idéal serait bien sûr, en cas d'accident, de folie, de refondre totalement un nouveau cristal à partir de l'ancien.

Cette technique mise en pratique dans les communautés type KINGSLEY HALL (LAING) et filmée dans ASILUM (USA 1972), ne peut prétendre être une panacée universelle :

. C'est une solution qui, si elle existe bien en tant que réalité pour avoir redonné une autonomie inespérée à certains schizophrènes (quelques-uns sont devenus thérapeutes des nouveaux arrivants), se révèle assez peu satisfaisante au niveau statistique. Ce point a été sans doute pour une grande part dans le désintérêt secondaire pour l'antipsychiatrie aux Etats-Unis et au Canada notamment. (Cf Séminaire Docteur LAMONTAGNE - LYON, Avril 1976).

. C'est une solution particulièrement exigeante pour l'individu qui l'entreprend car elle l'engage dans une souffrance intense sans que les " chances de s'en sortir " soient plus importantes qu'avec des méthodes moins drastiques. Pour avoir été au bout d'eux-mêmes, certains ne peuvent plus dépasser cette " étape " et se reconstruire et trouvent une fin somme toute comparable aux asilaires trop connus.

. C'est peut-être en cela que le droit à " vivre sa

propre folie " permet plus des expériences de recherche fondamentale qu'une réelle application à l'intérieur d'une politique de soin en psychiatrie. Et ce n'est là qu'une limite qui n'exclut nullement que la psychiatrie nouvelle reste à l'écoute de ces expériences pour une meilleure compréhension des phénomènes psychiques en général.

Cicatriser la cassure du cristal psychique dans une structure médicale ne manquera pas d'être accusé " d'activisme " thérapeutique, de " réparation de fortune ". A une nuance de terme près, ces critiques paraissent acceptables si l'on tient compte de deux constatations cliniques :

1 - Beaucoup, pour ne pas dire la plupart des cristaux psychiques humains présentant une faille, ne rencontreront pas dans leur milieu d'existence, de choc assez important pour créer une brèche dans la personnalité. Bien qu'il soit difficile d'étayer scientifiquement cette thèse, les travaux psychanalytiques dans leur ensemble en apportent la caution. Pour exemples :

a/ BERGERET dans son abrégé de psychologie pathologique (PARIS, Masson 1972), estime le taux d'état-limite de la population générale à plus de 50%[‡] et on sait cet état psychique potentiellement transformable en psychose.

b/ Par ailleurs, les expériences de désafférentations sensorielles ou celles d'injection de psychodysléptiques révèlent assez souvent de véritables structures psychotiques secondairement à leurs effets hallucinatoires directs.

En regard de tous ces " porteurs sains ", les victimes d'accidents psychiques qui se contenteraient d'un moindre effort personnel pour se " tirer d'un mauvais pas " ne devraient pas avoir à se sentir particulièrement frustrées et ceci d'autant moins qu'elles éviteront les lieux culturels où l'on " enferme les fous " et la marque souvent indélébile qui s'y crée.

[‡] Nous laissons à cet auteur la responsabilité de son estimation...

2 - L'avantage primordial que nous avons constaté dans cette expérience, est la réduction parfois spectaculaire de la durée des hospitalisations (la plupart des psychiatres qui ont eu le temps et la possibilité de soigner leurs clients en service de médecine s'accordent sur ce fait).^{*}(Cf A. JAKUBOWICZ - Séminaire Hôpital Saint-Jean de Dieu, LYON 1976, qui hospitalise à l'Hôpital Général de Montceau-Les-Mines). Si aucune étude statistique comparative ne l'a jusqu'alors objectivé, une des raisons à mettre en avant, serait peut-être le fait que ces initiatives ont le plus souvent résulté d'accords locaux entre un psychiatre de secteur sans lits et un chef de service de Médecine d'Hôpital périphérique souvent démuné sur ce plan. Près de Saint-Etienne, une expérience de ce type se déroule actuellement à l'Hôpital Général de FEURS.

La réalité de cet écourtement des épisodes psychopathologiques est d'autant plus crédible que les psychiatres qui les ont constatés, ont pratiquement tous connu leur non correspondance en hôpital psychiatrique traditionnel. On ne peut manquer alors de souligner la réduction concomitante des risques de " psychotisation institutionnelle " qui semble devoir plus que rembourser la dette activiste que nous avons accepté de contracter au préalable.

En tout état de cause, les moyens mis à la disposition pour traiter un état psychique aigu, dans un cadre à la fois protecteur et accueillant, ne peuvent faire occulter la prise en charge du patient par lui-même, que ce soit ou non par le biais d'une psychothérapie.

Dans l'expérience du Service du Professeur VERNEYRE, les patients ont été davantage à même de " se reprendre " (au sens que Lévi STRAUSS donne à ce terme dans " Tristes Tropiques "), dans la mesure où leur entourage était diversifié au niveau de la pathologie et des modes de thérapie, ceci dans une atmosphère chargée positivement de soigner et non de juger au niveau culturel. Lorsque

^{*} Ce fait est souligné dans l'article de COTTRAUX, GUYOTAT et BEETSCHEN intitulé, Psychiatrie et Psychologie Médicale à l'Hôpital Général, C.M.L. 18/4/75.

BASAGLIA écrivait : "Il n'y a de relation thérapeutique qu'au niveau d'un malade mental libre", le problème visé se situait en marge de l'application de la loi de 1838, cependant, le concept même de liberté paraît devoir s'étendre au-delà d'une législation et la libération du "préalable de l'aliénation" (in La Gazette Médicale de France du 14.9.73, H. GRIVOIS), lors de l'admission du malade à l'Hôpital Général, doit sans doute être prise à son compte comme un élément important, puisque en définitive la loi, dans ce cas, ne fait que mettre en forme les fantasmes de la société concernant la folie et par là, les rendre plus incisifs, la folie des "normaux" se retournant alors impitoyablement contre celui ou celle qui vient de faire un faux pas hors de la normalité du groupe où il vivait jusque-là.

Si la parole de John Thomas PERCEVAL interné plusieurs années dans un Hôpital Psychiatrique Anglais : "Un fou peut sembler insensible alors qu'il est peut-être plus enclin que n'importe qui à souffrir du ridicule et du mépris que suscite son état" (in Perceval Le Fou, Autobiographie d'un Schizophrène, PARIS, Payot 1976) laissait entendre le besoin de libérer la folie du ridicule et du mépris il y a déjà plus de cent ans (PERCEVAL décède en 1876 après s'être fait le défenseur des "prétendus fous" dans une série d'articles du "TIMES"), son apologie de la liberté n'allait peut-être pas aussi loin que la logique antipsychiatrique le voudrait. Et là encore, il s'avère difficile de pousser trop loin le même raisonnement, sous peine qu'il devienne une rationalisation supplémentaire dans une société qui n'en a déjà que trop.

Dans son regard à postériori sur l'époque de son délire mystique, notre précurseur, sans le savoir, des antipsychiatres, peut être cité à nouveau : "Ils (les médecins) auraient du m'aider à retrouver mon bon sens, en me manifestant un respect et une considération plus grands que la normale".

En cette aide, dont il est alors question, réside la principale problématique de la psychiatrie nouvelle, mais il y a toujours un grand risque à la considérer comme le monopole d'une école

aussi antipsychiatrique soit-elle, ou d'un lieu, aussi hospitalier soit-il. L'essentiel de cette aide ne passe sans doute pas par des lois, mais bien par les adaptations que chaque thérapeute peut en faire, en fonction de la personne qui la demande et qu'il perçoit dans ses multiples dimensions.

David COOPER dans son dernier livre " Une Grammaire à l'Usage des Vivants ", fustige les " valeurs consacrées " de l'enseignement psychiatrique : " Psychopathologie est bien le mot le plus obscène qui soit ", mais son anathème, provoquant s'il en fut, ne fera sans doute bondir que ceux qui utilisent ce concept comme une défense personnelle omniprésente dans l'engagement que suscite émotionnellement le malade mental auprès de ceux qui veulent bien rester auprès de lui, sans pour autant le déloger de sa place, ni se mettre systématiquement hors de portée de ses projections. Sa révolte peut dépasser le cadre d'une polémique où Henri EY perpétuerait une tenace contradiction (Henri EY n'a-t-il pas écrit dans la Revue du Praticien, Tome XII, 1962 : " Regardons notre malade comme un faisceau de forces tendues jusqu'à la menace, dans la farouche concentration de son être hostile et initié, investi de l'énigmatique meurtre qui monte étrangement jusqu'à sa main. Le malade mental, qu'on le veuille ou non, est effrayant ", ce qui tient sans doute plus du conte épique pour faire peur aux enfants, qu'à une réalité extérieure à lui-même). Par ce côté-là, elle aurait même le rôle capital de remettre en question sans relâche l'installation du psychiatre, quel qu'il soit, dans un conformisme ronronnant où effectivement il ne sera plus alors pour son interlocuteur qu'un " mort vivant " complètement impuissant à aider. Face à cet aboutissement souvent occulté par l'investissement du pouvoir administratif et social du psychiatre, les arguments de COOPER ne tiennent-ils pas plus de la prophétie que du blasphème ?

Lorsqu'il s'agit d'une rencontre entre deux personnes sous le primat de l'implication émotionnelle et de la souffrance, ce qui est le propre de la psychiatrie, l'évidence voudrait que la technique psychothérapique ne paralyse pas les échanges transférentiels

et contre-transférentiels (pour reprendre une terminologie analytique en-dehors du lieu particulier de l'analyse). C'est sans doute dans cette optique que l'antipsychiatrie retrace une " simplicité " fondamentale qui n'est pas sans poser et " l'Histoire de la Folie " (Cf M. FOUCAULT, Plon 1960) le confirme, une dialectique archaïque de la présence et de l'absence des partenaires, où l'absence sous quelque forme qu'elle prenne, de la réalité au délire, signe la psychopathologie.

LAING, dans un de ses premiers livres : " Le Moi Divisé " (Stock 1970), éclaire cette matière brute de la vie qu'il est bien nécessaire de ne pas étouffer pour prétendre soigner, même si elle ne suffit pas à elle seule à aider. Entre l'interprétation sauvage et l'absence, il existait une comparaison à souligner : " Comme l'interprète, le thérapeute doit avoir la faculté de s'insérer dans une autre conception du monde qui lui est étranger. Ce faisant, il fait appel à ses propres potentialités psychotiques, sans pour autant renoncer à sa santé mentale. Ce n'est qu'ainsi qu'il atteint à une compréhension de la position existentielle du patient ".

Comme les " communautés antipsychiatriques " se sont souvent dissoutes pour avoir cru pouvoir oublier qu'elle étaient bel et bien dans telle ou telle société, l'Hôpital Général et la Médecine qui s'y pratique ne peut oublier à l'inverse, qu'il touche bel et bien aux positions existentielles de ses clients.

C - IMPACT DE L'INTEGRATION DE LA PSYCHOLOGIE MEDICALE DANS LA

PATHOLOGIE GENERALE

Les statistiques concernant l'évaluation de la " part organique " et de la " part psychiatrique " des malades hospitalisés, soit en hôpital psychiatrique, soit en hôpital général, renvoient à un paradoxe que vient étayer de nombreuses études. Chronologiquement :

- MITTELMAN B. et coll. (1945)

Sur 450 patients admis en clinique médico-chirurgicale 30% présentaient des troubles mentaux.

- ZWERLING I. (1955)

86% des patients présentent des perturbations psychiques momentanées ou durables à la suite d'émotions liées à une intervention chirurgicale.

- HELSDORG H.C (Copenhague, 1958)

41% des patients observés en milieu médical souffraient de troubles psychiatriques.

- QUERIDO A. (Londres 1959)

46% des patients (sur 1650 étudiés) en milieu médical, présentent des troubles psychiatriques.

- CULPAN et DAVIES (Londres, 1960)

27% de troubles psychiques dans différentes populations de malades traités en service de Médecine.

- BONNET DE PAILLERET (Thèse Paris, 1960)

30% de troubles psychiques chez les malades d'un service de médecine.

- GUYOTAT J. (Lyon, 1964)

Enquêtant auprès des médecins généralistes, ces derniers chiffrent le pourcentage de malades psychiatriques entre 20 et 60% de leur clientèle.

- PESTEL et BOEGNER PLICHET (Paris, 1966)

Sur 1260 malades hospitalisés pendant un an, 8% nécessitaient l'avis d'un psychiatre.

- BRISSET Ch. et SAPIR (Paris, 1966)

40 à 60% de malades fonctionnels.

- SHEPERD (Londres, 1967)

Sur 16305 malades admis en hôpital général, 15% présentaient des troubles nécessitant un traitement psychiatrique en milieu spécialisé.

- FERREY (Paris, 1967)

L'exploration systématique pendant deux mois de tous les malades hospitalisés dans les services de médecine de quatre hôpitaux parisiens fait estimer à 25% le pourcentage de malades relevant de la psychiatrie.

- POROT, DUCLAUX et COUDERC (Clermont-Ferrand, 1972)

40% de malades de quatre types de services (Pneumologie, Dermatologie, Médecine Générale, Garde), relèvent de la psychiatrie avec les scores différentiels suivants :

- 40% en Médecine Générale
- 27% en service de Garde
- 42% en Pneumophtisiologie
- 44% en Dermatologie

Il est remarquable de pouvoir opposer à ces chiffres, leurs homologues en miroir, concernant le pourcentage des " maladies organiques " retrouvées à l'hôpital psychiatrique. Pour ne pas rendre fastidieuse cette lecture, il ne sera fait cas que d'une seule étude :

- LAURAS A. (Paris, 1975)

52% des malades des services de psychiatrie d'hôpitaux généraux sont des " organiques "...

Autant la réalité de la situation de soin réunit médecine et psychiatrie au moins au niveau de la demande du malade, autant il paraît aléatoire de fixer une ligne de conduite à tenir standardisée, ayant toutes les garanties pour la satisfaire. La division Médecine-Psychiatrie paraît plus un artifice de fonctionnement de la part des soignants qu'un moyen adapté à la prise en charge de la souffrance humaine dans sa complexité, ceci alors même que comme le dit H. GRIVOIS : " Les malades prêchent invariablement l'unité en s'adressant aux hôpitaux généraux comme aux généralistes qui méritent bien leur nom dans cette perspective " (in Gazette Médicale de France, 14 Sept. 1973).

Si le régime médico-psychiatrique d'exclusion mutuelle peut paraître séducteur tant :

- il simplifie chaque pratique,
- renforce chaque pouvoir,
- réduit la responsabilité au seul secteur d'investissement,
- focalise ses objets
- facilite les choix d'attitude et de traitement,
- désintrique les voies d'abord...

il ne peut manquer de passer aujourd'hui pour un archaïsme[‡] alors même que les actuels développement de chaque " domaine " peuvent à eux seuls suffir à expertiser et à rationaliser une action jusqu'au boutiste...

[‡] Est-ce un hasard si la demande de prise en charge sur un mode " psy " s'est posée dans les centres médicaux de haute technologie (Cf. travail de Ginette RAIMBAULT dans un service de Néphrologie infantile à Paris. in " Théorie et Technique Psychanalytique hors de la pratique " lettre de l'Ecole Freudienne n° 9, Déc. 1972). (Cf. Thèse de J.P. TAVERNIER : " Contribution à la formation psychologique de l'Equipe de Chirurgie Cardiaque, Lyon Avril 1974).

C'est revenir au paradoxe de la vérité et du mensonge dont une anecdote permet de saisir le mouvement de réalité qui les unit : Alors qu'un journaliste demandait à PICASSO si le tableau qu'il lui tendait était bien un faux par une question assez directive, l'artiste acquiesça alors même que la toile en question était bel et bien son oeuvre. Mis au fait du piège, le talent du peintre retrouva une force défensive en affirmant, péremptoire : " Je peux peindre un faux Picasso aussi bien qu'un faussaire ! "... (Vérité et Mensonge, Film de F. REICHENBACH). Cette évolution du couple binarcissique peintre-expert, ne peut-elle évoquer celle du patient et de son médecin ?... Le recours à un système " parfait " au point de vue méthodologique, la tentation d'un système leurre est sans doute un caractère humain auquel l'homme médecin n'échappe pas. Comme le demande RESNIK : " Ne doit-on sortir de la stéréotypie de médecin pour que le malade sorte de sa stéréotypie de malade ? " (Séminaire LYON, 1976).

L'aboutissement de cette " relation ludique " (Cf. WINICOTT) a été campé par F. LEVY : " Le malade inscrit au crédit du médecin de quoi éponger le déficit qu'il éprouve (il corrige le moindre doute sur notre valeur du fameux " J'ai confiance en vous, Docteur...") et le médecin négocie cet investissement en idéalisant son savoir " (Le Malade imaginaire et le Médecin malgré lui, Psychologie Médicale, 1973, 5, 2).

La tentation de la médecine dite " psychosomatique " ne peut-elle s'inscrire en marge de cette illusion de " fixer " la totalité de la réalité-maladie ? Ne peut-elle passer pour un équivalent névrotique du radical régime d'exclusion médicopsychiatrique ? Ne peut-elle créer, pour mieux la contrôler, une troisième force qui permettrait à ses deux parents médecine et psychiatrie de prolonger leur divorce par cet enfant tampon, ce " no man's land " ?* (PELLET et COTTRAUX écrivaient en 1969 : " La médecine psychosomatique est un corps tributaire de langues qui lui sont étrangères, puisqu'elle n'a pas réussi encore à mettre au point la sienne " - Cahiers Médicaux Lyonnais, vol. 45, 18).

* FAIN M. lors d'une conférence (Lyon 1968) ne demandait-il pas de ne pas pousser trop loin ses conclusions sur le malade psychosomatique car elles décrivaient quelqu'un qui en fait serait mort s'il en était ainsi.

5

Lui trouver une identité propre, ne paraît guère plus plausible à SCHNEIDER P.B. : " La maladie psychosomatique est l'alibi des gens intelligents ; chacun y recourt... Je le fais également, dans un mouvement défensif, sans s'en rendre compte, pour masquer soit son ignorance, soit une confusion épistémologique (Discours d'ouverture du Congrès Psychiatrie et Psychologie Médicale à l'Hôpital Général, LYON, 20-22 sept. 1974).

Les bases d'une réconciliation médicopsychiatrique qui viendrait rendre caduque le fameux saut du psychique dans le somatique dont parlait FREUD, peuvent s'articuler à partir de l'étayage scientifique de SCHILDER concernant le concept " d'image du corps ". Ce Neurologie-psychanalyste et philosophe d'origine viennoise en donne la définition suivante après un témoignage particulièrement bien documenté : " C'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même... autre chose qu'une sensation pure et simple et autre chose qu'imagination.... un " apparaître " à soi-même du corps " (in L'Image du Corps, Gallimard, 1973).

Son non parallélisme avec la relative fixité du corps des " planches d'anatomie " n'exclut pas des rapprochements et des prises de distances, voire parfois des substitutions. Sa réalité est en effet caractérisée par son extrême plasticité en relation avec les influences de la vie intérieure et extérieure, de la vie personnelle et de celle des autres : " L'image du corps est construite et comme dans toute construction, il y a un travail d'essai continu pour sélectionner les éléments qui conviennent au plan et conviennent à l'ensemble " (idem).

Renouant avec l'intuition d'ARISTOTE pour qui l'âme sensible était complètement coextensive du corps, SCHILDER exprime une conviction étayée par les notions de structure et d'ensemble : " J'ai toujours été convaincu qu'il n'existe pas d'hiatus entre l'organique et le fonctionnel. L'esprit et la personnalité sont des entités agissantes au même titre que l'organisme... Un corps est toujours

l'expression d'un moi et d'une personnalité " (idem).

Autant dans une culture médicale à prédominance somatique le médecin peut agir sur des éléments psychologiques par le biais du corps qui lui est proposé souvent exclusivement, autant dans une atmosphère psychiatrique, il peut exister le phénomène inverse où l'action du médecin peut remodeler sans moyen direct un " défaut " de l'image du corps, avec ses conséquences sur le corps anatomique (Observation de Madame Joséphine P...). Les termes de passages d'un mode de fonctionnement à un autre, de la médecine à la psychiatrie et inversement, nous sont rappelés par les malades eux-mêmes (Cf. cas de Monsieur G..., tableau général des malades où un syndrome névrotique existait de façon concomitante à un néo du foie passé inaperçu lors de l'examen des " somaticiens "). Au niveau d'une prise en charge individuelle, les statistiques du plus grand nombre ne peuvent faire écran aux risques inhérents au cloisonnement de la médecine et de la psychiatrie.

Notre expérience semble montrer qu'il est possible d'aborder les problèmes d'un même malade par des modes d'approche différents, dans un même lieu, par un travail d'équipe. Ce n'est peut-être pas un hasard au point de vue de notre culture si elle prend date à une époque où la spécialisation en médecine-interne se cherche, tandis que la médecine générale revient en force au rang des préoccupations de ceux, politiques ou autres, qui s'intéressent à la qualité de la médecine.

THESE SOUTENUE PAR M MASSARDIER Alain

C O N C L U S I O N S

Si tant est qu'une idéologie manichéenne de la conception de l'homme souffrant ne vienne, à priori, interdire la pratique en un même lieu de la médecine et de la psychiatrie, une telle expérience vécue et relatée personnellement par chaque membre de l'équipe de soin du Service du Professeur VERNEYRE au C.H.U. de Saint-Etienne, semble dégager quelques points essentiels permettant à la fois :

- de libérer la psychiatrie de la tutelle des rationalisations culturelles sur la folie,
- d'assouplir l'impact de la technologie médicale sur les patients en soulignant et en aménageant leur portée psychologique,
- de rendre plus riche d'intérêt les deux pratiques, à partir de la prise de conscience de leur complémentarité.

Ces points essentiels méritent d'être rapportés en tant que bases de départ possible à d'autres structures thérapeutiques analogues :

- la fonction fondamentale du facteur temps auquel est attaché le sens même du concept d'équipe de soin (la durée des besoins de concertation de l'équipe, fonction de sa maturité face à la complexité

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)

J. G. VOTAT
[Signature]

, Le Directeur de l'U.E.R. Sud-Ouest

J.M. ROBERT



Vu et Permis d'Imprimer

Lyon, le 30 JUIN 1976

Le Président de l'Université Claude Bernard
~~Pour le Président, Le Premier Vice-Président~~
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales

D. GERMAIN

BOURBONNE

9

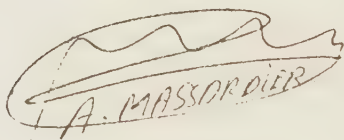
du cas de la personne malade, est le plus souvent sous-estimée, alors qu'irremplaçable. Les interviews le soulignent constamment et mettent en relief le " manque " des infirmières de nuit en ce domaine),

- le large éventail de recrutement des malades qui peuvent être admis, avec une exception particulière, celle des malades asilifiés dont les comportements régressés chroniques sont par trop fixés et par extension les malades pour qui un séjour de plus de deux mois est d'emblée à envisager. Un taux de mixité oscillant entre 10 à 20% (taux seuil) selon la gravité des malades hospitalisés, semble devoir être respecté pour la bonne marche d'un service,

- les méthodes thérapeutiques du psychiatre doivent être adaptées à la structure du service d'accueil :

1°/ La rédaction d'un " mot " sur le dossier auquel chaque membre de l'équipe peut se référer, doit s'attacher à permettre la compréhension d'une personne en dépassant la nosographie de la maladie dont elle est victime. Il sert de canevas et d'avance aux discussions de vive-voix qu'il ne remplace aucunement, en même temps qu'il permet un temps de réflexion à celui qui le rédige.

2°/ L'intérêt du psychiatre pour la cardiologie et la médecine générale a contribué non seulement à son intégration, mais à un intérêt en retour pour la psychiatrie de la part de ses collègues. L'expérience a montré que si médecine et psychiatrie peuvent être des domaines différents, ils ne sont pas séparés et peuvent coexister sans hégémonie dans un régime de concertation mutuelle.


A. MASSORDIER

B I B L I O G R A P H I E

ABOULKER F., CHERTOK L. et SAPIR M.

Psychosomatique et gastro-entérologie, Masson Ed. 1962.

ALBOU P.

Psychologie et Terrorisme Hospitalier, Le Monde, 18.2.76.

ALEXANDER FG.

La Médecine Psychosomatique, Payot Ed. 1962.

ALEXANDER F.G. et SELESNICK ST.

Histoire de la Psychiatrie, Armand Colin Ed. 1962.

ANZIEU

La dynamique des groupes restreints, PUF Ed. 1973.

AYLLON et AZRIN

Traitement comportemental en Institution Psychiatrique,
Dessart Ed. 1973.

BALINT M.

Le Médecin, son Malade et la Maladie, PUF Ed. 1960.

BALVET P.

Ebauche pour une Histoire de la Thérapeutique Psychiatrique Contemporaine. La relation médecin malade au cours des chimiothérapies psychiatriques, Masson Ed. 1965.

BARGUES JF.

Le schizophrène malade de sa famille, Evol. Psy. Janv.1972.

BARLET P.

La psychiatrie au sein des Services d'Urgence Médicale des Hospices Civils de LYON, Thèse Méd. Lyon 1969.

BARUK H.

Symposium Médecine et Psychiatrie, Congrès Mondial de Psychiatrie, Madrid Sept.1966, Lopez Ed. 1968.

BASAGLIA

L'Institution négation, Seuil Ed. 1970.

BASSINE FV.

Le Conscient, l'Inconscient et la Maladie à propos de l'approche moderne du problème psychosomatique, Revue Méd. Psychosom. 14.3.1972.

BASTIDE R.

Sociologie des Maladies Mentales, Flammarion Ed. 1965.

BERGERET J.

Abrégé de Psychologie Pathologique, Masson Ed. 1972.

BERNE E.

Analyse Transactionnelle et Psychothérapie, Payot Ed. 1971.

BERNE E.

Des Jeux et des Hommes, Stock Ed. 1975.

BEETSCHEN A.

De la coexistence à l'alliance. A propos d'une psychose puerpérale soignée en service d'obstétrique. Psychologie Médicale. 1975. 7. 4.

BETTELHEIM B

Un lieu où renaître

BETTELHEIM B

Le coeur conscient

BLES

L'inconfortable évènement, Psychiatrie n° 23, Sept-Oct.1975.

BONAFAE

Sur l'Isolement Thérapeutique, in Information Psychiatrique, 1949.

BOISEAU L.

De la Vocation Médicale, ou la Mort dans l'Ame, Thèse Paris 1969.

BOISVERT et TRUDEL

Thérapie behaviorale et Problèmes Ethiques, Canadian Journal 1972.

BONNET DE PAILLERET F.

Les Problèmes psychiatriques d'un Service de Médecine Générale, Thèse Médicale Paris 1960.

BOUCHARD

Essai de mise en musique des statistiques de l'hospitalisation publique, Psychiatrie n° 29, sept.1975.

BOUDIN G. et coll.

Les pavillons d'agités et le sort des malades atteints de troubles psychiques dans les Hôpitaux Généraux de l'Assistance Publique de Paris, Presse Médicale 1963.

BOUSTRA

Nosographie et Thérapeutique, Congrès d'Aix en Provence,
Juin 1975.

BROSSARD A.

De la signification particulière d'un mode d'approche
particulier dans le champ des affections mentales : Les
recherches biochimiques sur la schizophrénie, Lyon 1975.

CALAME-GRIAULE

Ethnologie et langage : la parole chez les Dogou,
Gallimard Ed. 1966

CANGUILHEM G.

Essais sur quelques problèmes concernant le normal et le
pathologique, Thèse Médicale Strasbourg 1943.

CARUSO I.

Psychanalyse et Idéologie, Bulletins de Psychologie n° 4 et
5, 1969.

CHAFFANGE

La spontanéité et les rapports humains en milieu psy-
chiatrique, Thèse Lyon 1959.

CHARDIN D.

La psychiatrie à l'Hôpital Général, Thèse Paris 1974

CHAZOT et coll.

Lithium et troubles de l'humeur, Lyon Médical 1971.

COLDEFY JM.

Psychologie Appliquée à la chirurgie, Flammarion Ed. 1963.

COLIN M.

Etude de Criminologie clinique, Masson Ed. 1976.

COOPER D.

Une Grammaire à l'usage des vivants

COTTRAUX, GUYOTAT J. et BEETSCHEN

Psychiatrie et Psychologie Médicale à l'Hôpital Général,
Cahiers Médicaux Lyonnais 18 avril 1975.

DALE PW et WRIGHT HS.

Le traitement des maladies psychiatriques dans un Hôpital
Général sans aménagements spéciaux, Hannover Am. J. Psy.
1962.

DAVID C.

La Normalité, Revue Française de Psychanalyse, Mai 1972.

DAVID, KEEGAN, JAMES, CHAPMAN, MURPHY.

Le psychiatre à l'Hôpital Général, Information Psychiatri-
que vol.50 n° 5, Mai 1974.

DECHAUME J. et GUYOTAT J.

Psychologie et Médecine, Journal de Médecine de Lyon 1957

DEFAYOLLE M.

Cours de Psychologie médicale. LYON 75-76.

DESHAIES G.

La psychiatrie, spécialité médicale, Inform. Psych. 1967
43/9, p. 1195-1197.

DUCLAUX B.

Psychiatrie et Médecine, Thèse Médicale Clermont-Ferrant
1971.

DUSAY et STEINER

Analyse Transactionnelle, Edition Universitaire 1976.

ELLENBERGER

Ethnopsychiatrie, Encyclopédie Médico-chirurgicale 1965.

EVRARD

La psychiatrie instituée, thèse Lyon 1972.

EY. H

La psychiatrie, une grande spécialité médicale, Presse Médicale 1968, 40/50, p. 740-742.

EY H.

Existence de la psychiatrie (Réflexion sur le problème de l'intégration des hôpitaux psychiatriques dans les hôpitaux généraux, Inform. Psy. Lyon, 1972.

EY H.

L'unité de la Neuropsychiatrie hospitalière, problèmes et projets, Lyon Infor. Psy. 1972.

EYSENK

Le défi behaviorisme, La Recherche n° 48, sept.1974.

FEDIDA

Psychose et Parenté in Critique, Octobre 1968.

FERREY G.

Enquête portant sur les besoins psychiatriques dans les Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, Evolution Psychiatrique, Paris 1967, 32/4, p.897-904.

FINELTAIN L., POLLET J. et COCHETON JJ.

Rôle du psychiatre dans un service de Médecine Générale,
Semaine des Hôpitaux, Paris 1972, 48-24, 1731-1734.

FORTIN et LEFEBVRE

Evolution de la psychiatrie à l'Hôpital Général. Rétrospective et statistique, Union Médicale du Canada, juin 1967.

FOUCAULT M.

Histoire de la Folie, Plon Ed. 1961.

FOUCAULT M.

Sorcellerie et Folie, interview publié dans Le Monde,
23 avril 1976.

FRANK

Persuasion and Healing, Baltimore 1961.

FREUD S.

Le Mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient,
Gallimard Ed. 1971.

FREUD S.

Introduction à la psychanalyse, Payot Ed. 1971.

FREUD S.

Analyse terminée et interminable, Revue Française de Psychanalyse, tome 2, 1939.

FREUD S.

Le rêve et son interprétation, Gallimard Ed. 1925.

FREUD S.

Inhibition, symptôme et angoisse, PUF Ed. 1973.

FREUD S.

Totem et Tabou, Payot Ed.

FREUD S.

Ma vie et la psychanalyse, Psychanalyse et Médecine,
Gallimard Ed.1972.

FRIEDMAN JH.

L'importance des consultations neurologiques et psychia-
triques dans un Hôpital Général, New-York State J.Méd. 1967
67/20, p. 2720-2725.

FRAYSSE

Les sels de lithium en psychiatrie, Thèse Paris 1970.

GALACTEROS E.

Problèmes institutionnels posés par la pratique psychiatrique
et psychologique à l'Hôpital Général.(Table Ronde Congrès de
Psychiatrie, Psychologie Médicale à l'Hôpital Général, Lyon
20-22 sept. 74, in Psychologie Médicale, 1975 7.4.

GOFMAN

Asile, Edition de Minuit 1968.

GRIVOIS H.

Les malades, les psychiatres et l'Hôpital Général, Gazette
Médicale de France, 14 septembre 1973.

GRIVOIS H.

La Grande misère de la psychiatrie à l'Assistance Publique,
Psychiatries, Sept-Oct.1975.

GUYOTAT J.

Médecine générale et psychiatrie, Les Cahiers Triangle
Sandoz, 1964.

GUYOTAT J. et coll.

Psychiatrie et formation psychologique des Médecins. Rapport
du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Fran-
çaise, Dijon 1967, Masson Ed.

HANDLER

L'Homme et son esprit, Suaret Ed. Monte-Carlo 1968.

ILLICH I.

Némésis Médicale, Le Seuil Ed. 1975.

ISRAEL L.

Le Médecin face au Malade, Dessart Ed. 1968.

ISRAEL L.

La Maladie Iatrogène, Paris, Revue Médicale Psychosomatique, 1970, 12/4, p.347-369.

ISRAEL L. et GURFEIN L.

L'entourage de l'hystérique, Confrontations Psychiatriques 1968 n° 1.

JACCARD R.

L'exil intérieur, PUF Ed.1975.

JACCARD R.

A quoi sert un chercheur, Le Monde, 19.5.76.

JAQUES E.

Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution

JAKUBOWICZ

L'approche des délires chroniques. Réflexions à propos d'une expérience de groupe, Thèse Médecine, Lyon 1969.

JUSTIN -BESANÇON L. PEQUIGNOT H. et PAILLERETS F.

Les problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale. Sem. Hôp. Paris 1961, 14, p. 831-845.

KAMERER Th. et ISRAEL L.

La maladie iatrogène, Sud Médical et Chirurgical, Juin 1963,
n° 2493.

KOURLISKY R., GENDROT J.A. et RAIMBAULT E.

La formation psychologique des médecins, Paris Maloine Ed.
1964.

LACAN

Télévision, Le Seuil Ed. 1973.

LACAN

Les Ecrits, Le Seuil Ed. 1966.

LACOUR M., FORTINEAU J.

A propos de l'enquête portant sur les besoins psychia-
triques dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris
et de leurs solutions éventuelles, Paris, Evol. Psy. 1967.

LACROIX G.

La psychiatrie à l'hôpital général, Thèse Besançon 1973.

LAING

Le Moi divisé, Stock Ed. 1970

LAMONTAGNE et HAND

Intention paradoxale et psychothérapie similaire à court
terme. Canadian Psy. Assoc. Jour. vol. 19, 1974.

LAPLANCHE J. et PONTALIS JB

Vocabulaire de la psychanalyse, PUF Ed. 1971.

LAPLANTINE

Introduction à l'ethnopsychiatrie. Psychothèque 1975.

LAURAS et RACCOT

Schizophrénie et psychothérapie intensive. Confrontations
Psy. n° 2, Déc.1968.

LAURAS A.

Les particularités de la psychiatrie à l'Hôpital Général
Concours Médical, 20.12.75.

LAURENCEAU C.

Inventaire des moyens psychiatriques existant en France.
Lyon, Inform. Psychiat. 1972, 48/10.

LEVI-STRAUSS

Triste Tropique. PLON Ed. 1976.

LEVY A.

Les paradoxes de la liberté dans un Hôpital Psychiatrique
Epi 1969.

LEVY A.

Présentation et Traduction des textes fondamentaux anglais
et américains de psychologie sociale. Dunod Ed. 1965.

LECLAIRE S.

Le Cas Jérôme in Communication de la Société Française de
la Psychanalyse le 28 mai 1956.

LECOMTE M.

De la nécessité d'étendre la capacité et la diversité des
services spéciaux en matière d'assistance psychiatrique.
Paris. Ann. Med. Psycho. 1955, 113/2.

LIPOWSKI ZJ

L'individu face à la maladie physique. Paris, Revue Med.
Psychosom. 1971, 13/3.

MANDEL, SEGAL et collaborateurs

La chasse aux schizocoques. Psychologie n° 38, mars 1973.

MANNONI O.

Le mouvement antipsychiatrique. Revue Internationale des Sciences Sociales, Unesco 1973.

MARTY P. M'UZAN M. et DAVID CH.

L'investigation psychosomatique. Paris, PUF Ed. 1963.

MEGEAN

Reflexion sur les conditions d'asiliification des malades admis à l'Hôpital Psychiatrique, Thèse Médicale Marseille 1975.

MEMORANDUM

Sur l'intégration des groupes psychiatriques dans les Hôpitaux Généraux. Londres, Brit. J. Psy. 1967, 113/495.

MINKOWSKI E.

La schizophrénie. Delachaux et Niestlé Ed. 1968.

MINKOWSKI E.

Le temps vécu. Delachaux et Niestlé Ed. 1968.

MERLEAU-PONTY

Phénoménologie de la perception. Gallimard Ed. 1976.

OSTAPTZEFF G. et OSTAPTZEFF-LAVOINE M.

Approche du comportement médical face à la Maladie Mentale. Paris, Annales Méd. Psy. 1972, 1/2.

PELLET J.

Problèmes de psychiatrie familiale. Thèse Méd. Lyon 1966.

PELLET J. et COTTRAUX J.

Champ Psychosomatique, approche psychosomatique, Maladie psychosomatique. Cahiers Médicaux Lyonnais 1969, vol. 45, 18.

PENOT B.

Rapport concernant l'organisation des soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Evolution Psychiatrique 1967.

PERCEVAL IT.

Perceval le Fou, Autobiographie d'un schizophrène. Payot Ed. 1976.

PERRIER F.

Structure hystérique et dialogue analytique.

PESTEL M. et BOEGNER PLICHET

Importance de l'effectif des malades mentaux dans un service de médecine générale. Presse Médicale 1968, 76/22.

PICHOT

Psychologie Médicale et Psychiatrie.
Ann. Med. Psy. 1969 2/2.

POROT M.

Discussion au symposium sur : " Médecine et Psychiatrie "
Congrès Mondial de Psychiatrie, Madrid Sept. 1966
Lopez Ed. 1968.

QUERRIEN

Programmation, Architecture et Psychiatrie. Recherche 1967.

RACHEMAN

The effect of Psychotherapy. Pergaman Press 1971.

REYNIER et LAUSIER

La construction et l'aménagement des asiles d'aliénés.
Peyronnet Ed. 1935.

RESNIK

Personne et Psychose.

ROSIER et collaborateurs

Vers une disparition complète des rechutes cyclothymiques.
Gazette Médicale de France, Février 1973.

ROULEAU Y.

Considérations sur la psychiatrie dans l'Hôpital Général.
Laval Médical 1961, 31/1.

SANTSCHI

En Chine, Idéologie, Thérapeutique de Groupe et Acupuncture. Le Monde, février 1976.

SAPIR M.

Le Médecin, le Spécialiste et le Psychiatre.
Genève, Médecine et Hygiène, 1968, 26/811.

SARANO J.

Difficultés et Modalités de la collaboration entre médecins
et psychiatres. Lyon, Inform. Psy. 1965, 41/3.

SCHIFF JL.

All my children. Pyramid Book, New-York 1972.

SCHILDER P.

L'Image du corps. Gallimard 1973.

SHEPERD M., COOPER B., BROWN AC. et KALTON G.

Maladie mentale et médecine générale. Revue Méd. Psycho-
somatique, 1967, 9/4.

SICHEL JP.

Les relations entre médecins et psychiatres. Paris, Revue
de Médecine Psychosomatique, 1970, 12/4.

SIMON J.

Rôle et place de la psychiatrie en médecine interne.
Thèse Marseille, 1973.

SIMONET FM.

Problèmes posés par l'importance numérique des malades
psychiatriques hospitalisés dans les Hôpitaux Généraux,
Thèse Méd. Paris 1969, n° 761.

SIVADON

Architecture psychiatrique, principe et tendance actuelle.

SOLIGNAC

La névrose chrétienne. Trévise Ed. 1976.

STAMPFL

Essential of implosive therapic. Journal Abnorm psychol, 1967.

SUTTER

Nosographie et thérapeutique. Congrès Aix-en-Provence,
7 Juin 1975.

SZASZ TS., KNOFF WF. et HOLLENDER MH.

The doctor-patient relationship and its historical context
Hanover, Ann. J. Psy, 1968, 115.

SZASZ TS.

Idéologie et folie. Collec. Perspective critique, Paris PUF 1976

SZASZ TS

Le Mythe de la maladie mentale. Payot Ed. 1975.

SZASZ TS.

Fabriquer la folie. Paris, Payot Ed. 1976.

TOSQUELLES

Structure et rééducation thérapeutique. Ed. Universitaire
1970.

TOSQUELLES

Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ?
Inf. Psy. 1969, n° 4.

TOSTAIN R.

L'enfance aliénée. Recherches, numéro spécial, déc. 1968.

VALABREGA JP.

Les théories psychosomatiques. Paris, PUF Ed. 1954.

VALABREGA JP.

La relation thérapeutique malade-médecin. Paris, Flammarion Ed. 1962.

VERMOREL H et M.

Essai sur l'évolution de l'Hôpital Psychiatrique.
Information psychiatrique, 1966, 42/2.

VOLMAT R.

Synopsis sur une étude psychosomatique de l'ulcère d'estomac.
Paris, Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique, 1956,
126/1.

VOLMAT R.

Les problèmes de l'enseignement, de la recherche de la psychiatrie dans la mise en place et le devenir des structures hospitalo-universitaires. Besançon, J. de Méd. de Besançon, 1968, 4/3.

VOLMAT R. et NICOLAS-CHARLES P.J.

La psychiatrie du vieillard. Paris, La Vie Médicale, 1964,
45/52.

WATZLAWICK et collaborateurs.

Changements, paradoxes et psychothérapie. Sevil 1975.

WEAKLAND et JACKSON

Patient and therapist observations on the circumstances of a schizophrenic episode. *Archive of Neurology and Psychiatry*, 1958.

WOLPE

La pratique de la thérapie comportementale. Masson Ed. 1975.

WULLIEMIER F.

Le psychiatre à l'Hôpital Général. La consultation à trois (médecin, patient, psychiatre). *Psychologie Médicale* 1975, 7 - 1.

ZINBERG EN.

Psychiatry and medical practice in a General Hospital. International Univ. Press. New-York 1964.

OUVRAGES COLLECTIFS

Rapport du Congrès " Psychiatrie et Psychologie Médicale à l'Hôpital Général ", Lyon 20-22 septembre 1974. *Revue de Psychologie Médicale* 1975, 7.4.

Travaux du Laboratoire de Psychologie Médicale de l'Hôpital Neurologique de Lyon (Professeur Agrégé GUYOTAT) in *Psychologie Médicale*, 1973, 5, 2.

Le Médecin Praticien et la Psychothérapie. *Cahiers Médicaux Lyonnais*, numéro spécial 1965.

Les relations entre les médecins, omnipraticiens ou spécialistes et les psychiatres. I^{er} Colloque de Médecine Psychosomatique, Marseille 8-9.3.69 (*CR. Rev. Med. Psychosom.* Juin 69).

TABLE DES MATIERES

	PAGES
I - INTRODUCTION	1
II - LA PSYCHIATRIE ET SES PARADOXES HISTORIQUES ET ACTUELS.....	
. Contagion et incurabilité de la Folie.....	5
. Hôpital psychiatrique thérapeutique ou chronicisant?	6
. Loi de 1838 - Circulaire de 1960	7
. Réalité ou chimère administrative du Secteur Psy- chiatrique	8
. Architecture psychiatrique moderne et forteresse...	8
. Gardiens et infirmières psychiatriques	9
. Gigantisme des asiles et possibilités de soin.....	10
. Construction actuelle d'hôpitaux psychiatriques ...	10
. Désert médical et pléthore de malades	11
. Déculturation et " thérapeutique " asilaire	12
. Dangerosité et tolérance	13
. Echanges de paroles et réunionite	14
. Non directivisme et influence	15
. Intérêt et autonomie du patient	16
. " Normalité " et éthique du psychiatre	17
. Action et parole d'un psychanalyste	19
. Fixisme nosographique et compréhension du malade...	20
. Négation nosographique et Behaviorisme	21
. L'éthique de soin et primat de l'efficacité	22
. " Guérison " biologique, autonomie et génie	23
. " Thérapie paradoxale " et genèse de la psycho- pathologie	24

	PAGES
III - MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE L'EXPERIENCE.....	25
. Phase de début.....	26
. Phase intermédiaire	28
. Phase d'état	31
a - le modèle d'évitement confirmant	31
b - le modèle de concertation sans hégémonie	36
. Le remplacement du Service de Médecine par le Service de Psychiatrie	45
IV - TABLEAU GENERAL DES MALADES HOSPITALISES	48
OBSERVATIONS CLINIQUES	57
. Mademoiselle Michèle B.....	57
. Monsieur André M.....	62
. Monsieur Charles F.....	67
. Monsieur Michel G.....	72
. Madame Emma V.....	87
. Madame Joséphine P.....	99
. Monsieur Christian F.....	115
. Madame Aimée P.....	130
. Mademoiselle Denise G.....	140
V - INTERVIEWS DE L'EQUIPE DE SOIN.....	152
. Monsieur le Professeur VERNEYRE	152
. Monsieur le Docteur DRAPIER	159
. Monsieur le Docteur SAULNIER	166
. Monsieur CORNEC (Interne)	172
. Monsieur DEVOUASSOUX (Interne)	178
. Monsieur LAMAUD (Interne)	186
. Mademoiselle PUYBOURDIN (Cheftaine)	192
. Soeur BERNADETTE (Infirmière)	199
. Mademoiselle de HARO (Infirmière)	209
. Mademoiselle JAKUBOSKI (Infirmière)	214
. Mademoiselle MOULIN (Infirmière)	219
. Mademoiselle RUSSIER (Infirmière)	223
. Madame TARQUINI (Infirmière)	231
. Madame VEAUCHE (Infirmière)	239

	PAGES
VI - REFLEXIONS	246
. Au Niveau des partisans de l'aménagement des Hôpitaux psychiatriques	246
. Au niveau antipsychiatrique	255
. Impact de l'intégration de la psychologie médicale dans la pathologie générale	261
- CONCLUSIONS	268
- NOTES PERSONNELLES	270
- BIBLIOGRAPHIE	274

